Eina kartą per mėnesį | 1939 m. | XX METAI

Nr.10-11 | Spalių-lapkričio mėn. | Nr.10-11

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Prof. dr. *J. Bagdonas*, prof. med. dr. *K. Buinevičius* ir prof. dr. *Pr. Gudavičius* (vid. ligos), prof. med. dr. *Al. Hagentornas*, prof. med. dr. *Vl. Kuzma* ir prof. med. dr. *V. Kanauka* (chir.), med. dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socialinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* ir dr. *M. Nasvytis* (bakteriologija ir higiena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* ir doc. dr. *Br. Sidaravičius* (odos ir veneros ligos), prof. *E. Landau* (histologija ir embriologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fiziologija ir fiziologinė chemija), prof. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir ginekologija), prof. med. dr. *K. Oželis* (teismo medicina), prof. dr. *P. Stančius* (odontologija), med. dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos), prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija), prof. med. dr. *J. Zubkus* (ausų, nosies ir gerklės ligos).

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *Vl. Kuzma* (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 6 lit.

TURINYS

A. a. *D-ro Juozo Kudirkos* atvaizdas 771
J. M—tis: A. a. *D-ras Juozas Kudirka* (nekrologas) . . . 771
L. Gutmanas, priv.-doc.: Freud'ą prisiminus 774
VI-ojo Liet. Chirurgų Draugijos suvažiavimo protokolas . . 777

VI-ojo Liet. Chirurgų Draugijos suvažiavimo darbai . . . 782

I. **Pranešimai.**

I. *Al. Hagentornas, prof.*: Apie skausmą 782
II. *V. Tumasonis*: Dienos periodika ir skausmai . 791
III. *B. Zacharinas*: Mėginimas ischias'ą gydyti novokaino injekcijomis į plexus sympathicus lumbalis sritį 797
IV. *V. Kanauka, priv.-doc.*: Periduralinė anestezija pagal Dogliotti 803
V. *J. Žemgulys*: Po kaulų lūžimo sustingusių sąnarių išlankstymas 810
VI. *A. Maciūnas*: Funkciniai pakenkimai po išnirimų . 817
VII. *V. Burba*: Ileitis regionalis 822

II. **Demonstravimai.**

VIII. *Ch. Finkelšteinas*: Skilvio bei žarnų ligų diferencinė rentgenodiagnostika . . 825
XI. *B. Zacharinas*: Apendektomijos klausimu kinofilmės demonstravimas . . 834
X. *St. Stonkus*: Širdies ir izoliuoto perikardo sužeidimo atsitikimas 835
XI. *V. P. Tumasonis*: Corpus alienum intraperitoneale po sužeidimo 836
XII. *K. Pautienis*: Ostitis fibrosa su didele kaulo atrofija atsitikimas . . . 836
XIII. *V. Kanauka, priv.-doc.*: Transuretrinė prostatos rezekcija 838
XIV. *V. Burba*: Trūkumai kovojant su piktybiniais navikais 840

III. **Pranešimai.**

XV. *J. Žemgulys*: Po nelaimingojo sužeidimo pirmasis gydytojo apžiūrėjimas ir pagalbos teikimas ligoninėje 843
XVI. *J. Stasiūnas*: Kraujo transfuzijos klausimu . . 851

SOMMAIRE

Portrait du dr. Josephe Kudirka.

J. M—tis: *Le docteur Josephe Kudirka* (nécrologe).
L. Gutmanas, priv.-doc.: En se souvenant de Freud.
Compte rendu du VI-ième Congrès de la Société des chirurgiens de Lithuanie.
Travaux du VI-ième Congrès de la Société des chirurgiens de Lithuanie.

I. **Rapports**

I. *Al. Hagentornas, prof.*: Sur la douleur.
II. *V. Tumasonis*: Les périodes de la journée et la douleur.
III. *B. Zacharinas*: Essai de traitemet de la sciatique par les injections de novocaîne dans la portion lombaire du plexus sympatique.
IV. *V. Kanauka, prof. agrégé*: L'anesthésie peridurale d'après Dogliotti.
V. *J. Žemgulys*: La mobilisation des articulations ankylosées après les fractures des os.
VI. *A. Maciūnas*: Changements fonctionnels après luxations.
VII. *V. Burba*: Ileitis regionalis.

II. **Démonstrations.**

VIII. *Ch. Finkelšteinas*: Le rentgeno-diagnostic différentiel des maladies de l'estomac.
IX. *B. Zacharinas*: Sur la question de l'appendéctomie. Démonstrations cinématographiques.
X. *St. Stonkus*: Un cas de blessure isolée du péricarde et du coeur.
XI. *V. Tumasonis*: Corps étranger dans le péritoine après blessure.
XII. *K. Pautienis*: Un cas d'ostéite fibreuse avec notable atrophie osseuse.
XIII. *V. Kanauka, prof. agrégé*: Résection transurétrale de la prostate.
XIV. *V. Burba*: Manque de moyens dans la lutte contre les tumeurs malignes.

III. **Rapports.**

XV. *B. Zacharinas*: La première inspection et secours médical à l'hôpital après blessure au cours d'un accident.
XVI. *J. Stasiūnas*: Sur la question de la transfusion du sang.

(Turinio tęsinį žiūr. viršelio 3 pusl.)

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XX met. | 1939 m. spalių–lapkr. mėn. | Nr. 10–11

A. a. med. gyd. Juozas Kudirka.
(Gimė 1871 metais, mirė 1939 m. VII. 18 d.)

J. M-tis.

A. a. med. gyd. Juozas Kudirka.

(Nekrologas)

1939 m. rugpjūčio mėn. 18 d. Vilkaviškyje, savo namuose, apžiūrinėdamas ligonį, staiga, nuo širdies priepuolio, mirė vilkaviškiečių didžiai gerbiamas, ilgametis Vilkaviškio miesto gyventojas, 68 mt. amž., med. gyd. d-ras Juozas K u d i r k a.

Kadangi a. a. d-ras J. K u d i r k a yra nudirbęs ne tik šitai vietai, bet ir valstybei ir tautai daug vertingų darbų, tai laikau

malonia pareiga nors keliais bruožais pavaizduoti jo kuklų, bet podraug ir kilnų gyvenimą.

A. a. J. Kudirka gimė Zanavykuose, seniau Naumiesčio, dabar Šakių apskr., tąsyk Būblelių, dabar Žvirgždaičių valsč., Vyšpinių kaime, 1871 m., iš tėvų stambių ūkininkų. Pradžios mokslą išėjo Griškabūdyje, gimnazijos — Marijampolėje, o medicinos — Varšuvoje, kur 1897—1900 m. atliko ir trijų metų medicinos praktiką.

Savarankišką med. gydytojo darbą d-ras J. Kudirka pradėjo Punske, kur išbuvo apie trejus metus. Į Vilkaviškį atsikėlė 1903 m., kur, be didžiojo karo pertraukos, išbuvo iki paskutinei savo gyvenimo valandai.

Didžiojo karo pradžioje d-ras J. Kudirka buvo rusų mobilizuotas ir paskirtas gydytoju į 128 užnugario tvarstomąjį punktą, kuris buvo kilnojamas po įvairias užfrončio vietas, o galop, bolševikams paėmus valdžią, nugrūstas net į Sibirą. Einant karo veiksmams ir rusams besitraukiant iš Rygos, o vokiečiams iš lėktuvų apmėtant traukinį bombomis, d-ras J. Kudirka buvo dalinai pritrenktas ir labai išgąsdintas, kas neigiamai paveikė jo sveikatą. Be to, jo sveikatą žymiai apardė ir visą gyvenimą labai sukrėtė prieš keletą metų prieš jį piktos valios žmonių sukeltos neteisingos intrigos. Visa tai ir paskubino priartinti jo gyvenimo pabaigą.

Iš Rusijos d-ras J. Kudirka į savo mylimą tėvynę grįžo pirmai progai pasitaikius, kaip tik galėjo iš ten ištrūkti, ir į Lietuvą grįžo 1918 m. rugpjūčio mėn. 15 d. Grįžęs vėl apsigyveno Vilkaviškyje ir toliau, be tiesioginio medicinos darbo, tęsė anais laikais pradėtąjį tėvynės atkutinimo darbą.

A. a. d-ras J. Kudirka jau iš pat jaunystės buvo aiškaus ir tvirto lietuviško nusistatymo. Jis visuomet, o ypač tapęs gydytoju, visomis išgalėmis remdavo uždraustąją lietuviškąją spaudą. O ją atgavus tautinį darbą pradėjo varyti ir kita kryptimi. Jis 1907 m. vilkaviškiečiams padėjo įkurti pirmą, privatinę, gimnaziją, kurios reikalais, kaip steigiamojo komiteto delegatas, važinėjo į Petrogradą, pas švieč. ministrą, ir į Varšuvą, pas mokyklų globėją. Įsikūrus šitai gimnazijai iki didžiojo karo buvo joje lietuvių kalbos mokytoju, o po didžiojo karo joje, jau tapusioje „Žiburio“ gamnazija, daugelį metų dėstė gamtos ir

higienos mokslus; gi iki pat mirties gydė šitos gimnazijos, o podraug ir miesto lietuvių pradžios mokyklos mokinius. Be to, nuo Lietuvos nepriklausomybės atgavimo visą dešimtmetį išbuvo apskrities gydytoju. Šiaip gi, kiek sveikata leido, vertėsi laisva med. gydytojo praktika. Kadangi a. a. d-ras J. Kudirka buvo neišdidus ir labai nuoširdus žmogus, tai jį ypač buvo labai pamilę vargingesnieji miesto ir apylinkės gyventojai. Paskutiniu laiku jis Vilkaviškyje buvo žymesnis kaip okulistas, ir daugiau versdavosi akių gydymu. Iš kai kurių ligonių jis kartais ne tik kad neimdavo už apžiūrėjimą, bet kai kada duodavo dar ir pinigų vaistams nusipirkti. Todėl jis čia begyvendamas jokių didesnių turtų, be prieš keletą metų pusiau su savo žentu sudėtinėmis lėšomis pastatyto mūrinio vienšeimio gyvenamo namelio, nesusikrovė.

Kudirkų šeima buvo tikras lietuviškas židinys, kas aukštesnių Vilkaviškio inteligentų tarpe didelė retenybė.

Susikūrus Vilkaviškio apygardos gydytojų draugijai, d-ras J. Kudirka buvo jos valdybos nariu, sekretoriumi, iki paskutinei savo gyvenimo valandai.

A. a. d-ras J. Kudirka buvo didelės išminties, plataus akyračio, pastabios apdairos, bet visuomet kuklus, ramus, nuoširdus, teisingas, užjaučiantis ir labai taktingas žmogus. Užtat visi žmonės jį labai gerbė ir vertino, o mirusio nepaprastai gailisi.

A. a. d-ro J. Kudirkos kūnas š. m. rugpjūčio 21 d. buvo palaidotas Vilkaviškio parapijos kapuose. Laidotuvėse dalyvavo daugybė žmonių. Kapuose atsisveikinimo kalbas pasakė: visuomenės vardu — prov. J. Skinkis, o gimnazijos vardu — dir. S. Paliulis. Ant kapo buvo sudėti: žmonos-dukters-žento ir kitų artimųjų bei geradėjų penki vainikai, o dabartinė, jau valstybinė, d-ro J. J. Kudirkos numylėtoji gimnazija, vietoje vainiko paskyrė 50 litų vienam neturtingam mokiniui sušelpti.

Tebūnie Jam lengva numylėtoji Tėvynės žemelė!

Priv.-doc. d-ras L. Gutmanas.

Freud'ą prisiminus.

Iš gyvenimo pasitraukė žmogus, mūsų kartos minčių galiūnas. Mirė jis toli nuo savo gimtinės, ieškodamas svetimoje šalyje prieglobsties. Aš čia turiu galvoje Zigmund'ą F r e u d'ą, apie kurį žino arba bent yra girdėjęs kiekvienas inteligentiškas žmogus.

Su F r e u d'o vardu glaudžiai susijusi psichoanalizės sąvoka, lygiai kaip su P a v l o v'o vardu yra susiję sąlyginiai refleksai. Kuo gi pasireiškia F r e u d'o psichoanalizė, kuri jam nupelnė tokią garbę ir padarė jo vardą nemirtingą? Juk ir anksčiau, beaiškinant nervų ligas, stengtasi rasti jų priežastys kuriame nors pergyvenime arba nervų sukrėtime, vadinamoje psichinėje traumoje. Jei tokia trauma būdavo randama, tai ją tiesiog susiedavo su kilusia liga; priešingu atveju pasitenkindavo konstatavę ligonio palinkimą į neurozę ar jo neuropatologišką konstituciją. F r e u d tačiau nepasitenkino ligonio sąmoningo gyvenimo nagrinėjimu. Jis skyrė žymiai didesnę reikšmę žmogaus pasąmonės sferai, kur, pasak jo, ir reikią ieškoti žmogaus susirgimo priežasčių.

Jau anksčiau, pasirėmus atliekamais nesąmoningais veiksmais bei iškylančiomis į sąmonės paviršių pamirštomis asociacijomis, buvo spėjama apie pasąmonės buvimą. F r e u d plačiai išvystė šitą visiškai tamsią ir mūsų analizei neprieinamą sritį ir išaiškino visą jos reikšmę nervų susirgimų patogenezei. Jis ją ryškiai sugretino su mūsų sąmoningai vedamu gyvenimu, kuris vyksta visų akivaizdoje ir yra reguliuojamas mūsų auklėjimo ir kultūros pagal tam tikras taisykles ir dėsnius. Mes stengiamės paprastai daryti tokius veiksmus, kurie nepažeidžia priimtų įpročių, o tokius, kurie jų neatitinka, mes nuslopiname ir slepiame. O F r e u d'o mokymu, mūsų pasąmonė knibždėte knibžda tokiais neleistinais jausmais, siekimais, kurie trokšta prasiveržti išorėn. Dalinai tokie „laukiniai" instinktai ir siekimai paveldėti iš mūsų prosenių, dalinai jie susideda iš nusėdusių įvairių neatreaguotų pergyvenimų, įžeistų savimeilės jausmų, neįgyvendintų svajonių ir t. t. Tačiau jie nesiilsi amžinu atilsiu, bet pareiškia didelį aktyvumą veržd amiesi išorėn. Aukščiausia gi sąmonė, vadovaudamasi moralės kodeksu, stengiasi šituos instinktus užgniaužti ir nustumti atgal į pasąmonę. Tuo būdu įvyksta tam tikras konfliktas, kurio išdava yra vienoks ar kitoks simptomas. Mat, psichinė energija, būdama tam tikrame įtempime ir nerasdama išeities, gali virsti kuriuo kitu psichiniu ar net fiziniu reiškiniu, — įvyksta konversija. Tokių psichinių reiškinių pasi-

keitimus į fizinius mes stebime, pavyzdžiui, kai baimė sukelia širdies plakimą ar viduriavimą arba kai moralinio pasišlykštėjimo jausmas sukelia vėmimą. Čia viskas pareina nuo išstumtų į pasąmonę jausmų įtempimo arba nuo užslopinto afekto galios. Nelyginant kaip stipri srovė sulaikoma savo vagoje, tačiau, pakilus pavasario vandeniui, ji išsiveržia iš krantų ir užlieja apylinkes; taip yra ir su slepiamais instinktais, kurie, kad ir būdami įtempimo stovyje, tačiau dar gali būti užgniaužti ir sulaikyti savo ribose; tačiau jų įtempimui dar padidėjus, jie nugali juos sulaikančias moralines jėgas ir iškyla aukštyn to ar kito simptomo pavidalu.

Kartais šita slapta psichinė energija susiranda išeitį ne kuriame nors fiziniame reiškinyje, o kitokioje kryptyje, nukreiptoje į kurį kilnų tikslą. Taip mes dažnai matome, kad žmonės, prislėgti asmeniškos nelaimės, pasišvenčia kilniems tikslams ar Dievo tarnybai. Įvyksta tartum paslėptas psichinės energijos paaukštinimas — sublimacija. Tačiau daugeliu atvejų ji virsta kuriuo nors kankinančiu simptomu, kurio ligonis per ilgus metus negali atsikratyti.

F r e u d'o tyrimai parodė jam, kad šitie paslėptieji instinktai, siekimai arba pergyvenimai priklauso daugeliu atvejų seksualinei sferai. Tiesa, šitą seksualinį jausmą, arba libido, jis supranta platesne prasme, o ne tik kaip suaugusio individo patraukimą kitai lyčiai. Jo supratimu ir kūdikio žindimas motinos krūties ar savo pirštų ar čia žaidimas su savo galūnėmis ar pagaliau savo kūno apnuoginimas — visa tat sudaro seksualinio jausmo reiškinius. Jis jau įgimtas žmogui nuo pačios kūdikystės, ir psichinės traumos šituo pagrindu gali būti jau jauniausiame amžiuje (meilė motinai, neapykanta tėvui — Edipo kompleksas).

Toks F r e u d'o siekimas surasti beveik visas neurozių priežastis psichinėse seksualinėse traumose sutiko griežtą daugelio mokslininkų pasipriešinimą. Ir kiti jausmai, kaip, pvz., savimeilė ar noras pasireikšti, taip pat vaidina didžiulę reikšmę žmogaus gyvenime. Šitų jausmų sutrikimas taip pat sukelia neurozes. Didžiausias F r e u d'o nuopelnas buvo tas, kad jis pirmasis suteikė tokią didelę reikšmę pasąmonei kaip nervų susirgimų šaltiniui. Mat ten yra mūsų paslėptų, nuslopintų, išstumtų jausmų ir siekimų klodai. Būdami visą laiką aktyvūs, jie kai kada sudaro tamsų debesį, iš kurio įvyksta išlydis ir sprogimas į išorę. Tačiau, kaip gi surasime šituos klodus, šituos kompleksus tamsioje pasąmonėje, kuri neprieinama mūsų dėmesiui, sąmonei, atminčiai?

Ir vėl F r e u d nurodė mums tuos kelius ir takus, kurie veda prie šitų kompleksų. Šitų kelių rodikliais yra ta me-

džiaga, kuri pareina iš mūsų pasąmonės. Čia priklauso mūsų kasdieninės klaidos, apsirikimai bei išsiblaškymai. Freud nelaiko tas klaidas atsitiktinėmis: pasak jo, jos sudaro mūsų paslėptų jausmų ir siekimų produktą. Jie nuslopinami mūsų aukščiausios sąmonės ir negauna pasireikšti, už tat jie prasiveržia kontrabandos būdu apsirikimo pavidalu. Iš tikrųjų gi už jų nugaros slepiasi mūsų tikrasis jausmas ar noras.

Kitą tiek gausingą apie mūsų pasąmonę medžiagą suteikia sapnai. Už jų taip pat slepiasi mūsų paslėpti jausmai ir norai, kai kada tiesioginio pavidalo, kai kada ir labai iškreipti. Pas vaikus, dar neliestus mūsų kultūros, jos sulyginimų ir veidmainystės, sapnai paprastai išduoda jų tiesioginį jausmą. Suaugusiajam, priverstam nuolat slėpti savo tikrus jausmus ir siekimus, sapnai dažnai pasirodo iškreipto pavidalo, slėpdami jo tikrą jausmą. Jie reikia iššifruoti ir išaiškinti. Freud ir jo mokykla todėl sustatė tokį sapnininką, suteikdami kiekvienam daiktui ypatingą simbolišką reikšmę. Žinoma, jie tenka individualinti ir, norint suprasti tikrąją prasmę, reikia mokėti pašalinti visos iškreiptos nuosėdos, nelyginant kaip atnaujinant senobinį paveikslą reikia atskirti visos nuosėdos ir apdangos, kol pasiekiami tikrieji dažai.

Pagaliau, daugiausia vartojamas būdas ligonio paslėptiems kompleksams pasiekti — tai laisvos jo asociacijos. Ligonis privalo kalbėti, kas jam ateina į galvą, ir kiekvienas stabtelėjimas jo pasakojime rodo paslėpto komplekso pėdsakus. Reikalas toks, kad jie, kaip aukščiau minėta, užgniaužiami mūsų sąmonės, kur jiems įėjimas esąs uždraustas, ir todėl jie ir sulaikomi ir negauna prasiveržti išorėn, jeigu prie jų ir prisiliečiama. Kartotinėmis tokiomis laisvomis asociacijomis per savaites bei mėnesius ir stengiamasi išaiškinti ligonio paslėpti kompleksai ir, kai gydytojas yra įsitikinęs, kad jis juos yra suradęs, jis išaiškina ligoniui to konflikto esmę ir kilmę. Po to ligonis atreaguoja savo konfliktą ir pasveiksta.

Štai bendrais bruožais išdėstytas Freud'o mokymas. Žinoma, ilgainiui daug iš jo mokymo bus atmesta, daug ištaisyta, bet labai daug ir pasiliks visam amžiui, kaip tvirti akmens, palaikantieji mokslo šventovę.

Iš savo pusės aš norėjau pagerbti šito išgarsėjusio mokslininko atminimą, stengdamasis populiariai išdėstyti jo mokymą.

VI-sis Lietuvos Chirurgų Draugijos visuotinis suvažiavimas,

buvęs Kaune 1939 m. balandžio mėn. 15 d.

A.

VI=ojo Lietuvos Chirurgų Draugijos suvažiavimo protokolas.

Suvažiavime dalyvavo 21 Draugijos narys ir apie 30 svečių.

Susirinkimo pradėjimas.

8 val. 30 min. suvažiavimą paskelbė prasidėjus L. Chirurgų Draugijos pirmininkas prof. Al. Hagentornas

Atsistojimu pagerbtas miręs Draugijos narys d-ras V. Bruzdeilinas.

A. PRANEŠIMAI.

I. Prof. Al. Hagentornas: **Apie skausmą.**

(Šitas prof. Al Hagentorno pranešimas įdėtas šiame „Medicinos" 1939 m. 10—11 numeryje, 782—791 psl.).

(Diskusijas del prof. Al. Hagentorno pranešimo žiūr „Medicinos" 1939 m. 10—11 num., 796—797 pusl.).

II. Dr. V. P. Tumasonis: **Dienos periodika ir skausmai.**

(Šitas d-ro V. P. Tumasonio pranešimas įdėtas šiame „Medicinos" 1939 m. 10—11 numeryje, 791—796 psl.).

Diskusijose (del abiejų pirmųjų pranešimų) dalyvavo:

1. D-ras J. Žemgulys.
2. D-ras K. Pautienis.
3. D-ras J. Meškauskas.
4. D-ras J. Stasiūnas.
5. D-ras B. Zacharinas.
6. Atsakė prof. Al. Hagentornas.
7. Atsakė d-ras V. P. Tumasonis.

(Diskusijas del prof. Al. Hagentorno ir d-ro V. P. Tumasonio pranešimų žiūr. šiame„ Medicinos" 1939 m. 10—11 num., 796—797 psl.).

III. D-ras B. Zacharinas: **Mėginimas ischias'ą gydyti novokaino injekcijomis į plexus sympathicus lumbalis sritį.**

(Šitas d-ro B. Zacharino pranešimas įdėtas šiame „Medicinos" 1939 m. 10—11 numeryje, 797—802 psl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras Al. Dumbrys.
2. D-ras J. Žemgulys.

3. Doc. V. Kanauka.
4. D-ras J. Stasiūnas.
5. Prof. Al. Hagentornas.
6. D-ras B. Zacharinas (atsakymas).
7. Doc. V. Kanauka.

(**Diskusijas** del d-ro B. Zacharino pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 numeryje, 802 psl.).

IV. Doc. V. Kanauka: **Periduralinė anestezija pagal Doglioti.**

(Šitas doc. V. Kanaukos pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 803—809 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras St. Kudirka.
2. D-ras B. Zacharinas.
3. Atsakė doc. V. Kanauka.

(**Diskusijas** del doc. V. Kanaukos pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 809—810 pusl.).

V. D-ras J. Žemgulys: **Po kaulų lūžimo sustingusių sąnarių išlankstymas.**

(Šitas d-ro J. Žemgulio pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 810—816 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

D-ras J. Stasiūnas.

(**Diskusijas** del d-ro J. Žemgulio pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 816 pusl.).

VI. D-ras A. Maciūnas: **Funkciniai pakenkimai po išnirimų.**

(Šitas d-ro A. Maciūno pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 817—821 pusl.).

Diskusijų del šito pranešimo nebuvo.

VII. D-ras Vl. K. Burba: **Ileitis regionalis.**

(Šitas d-ro V. K. Burbos pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 939 m. 10—11 num., 822—825 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras J. Žemgulys.
2. D-ras St. Mačiulis.
3. Atsakė d-ras Vl. K. Burba.

(**Diskusijas** del d-ro V. K. Burbos pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 825 pusl.).

B. DEMONSTRACIJOS.

VIII. D-ras Ch. Finkelšteinas: **Skilvio bei žarnų ligų diferencinė rentgenodiagnostika.**

(Šita d-ro Ch. Finkelšteino demonstracija įdėta šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 825—833 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras St. Kudirka.
2. D-ras J. Meškauskas.

3. Atsakė d-ras Ch. Finkelšteinas.

(**Diskusijas** del d-ro Ch. Finkelšteino demonstracijos žiūr. „„Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 833 pusl.).

IX. DD-ras B. Zacharinas: **Apendektomijos klausimu kinofilmės demonstravimas.**

(Šita d-ro B. Zacharino demonstracija įdėta šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 834 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras St. Mačiulis.
2. Prof. E. Vinteleris.
3. D-ras K. Pautienis.
4. D-ras P. Kusa.
5. D-ras St. Kudirka.
6. Atsakė d-ras B. Zacharinas.

(**Diskusijas** del d-ro B. Zacharino demonstracijos žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 834—835 pusl.).

Doc. V. Kanaukos pasiūlymu sudaryta kraujo transfuzijos reikalu komisija iš d-ro J. Stasiūno, d-ro St. Stonkaus ir d-ro S. Rabinavičiaus.

X. D-ras St. Stonkus: **Širdies ir izoliuotas perikardo sužeidimo atsitikimas.**

(Šita d-ro St. Stonkaus demonstracija įdėta šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 835 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras St. Kudirka.
2. Atsakė d-ras St. Stonkus.

(**Diskusijas** del d-ro st. Stonkaus demonstracijos žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 835 pusl.).

XI. D-ras V. P. Tumasonis: **Corpus alienum intraperitoneale po sužeidimo.**

(Šita d-ro V. P. Tumasonio demonstracija įdėta šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 836 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras P. Kusa.
2. Atsakė d-ras V. P. Tumasonis.

(**Diskusijas** del d-ro V. P. Tumasonio demostracijos žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 836 pusl.).

XII. D-ras K. Pautienis: **Ostitis fibrosa su didele kaulo atrofija atsitikimas.**

(Šita d-ro K. Pautienio demonstracija įdėta šiame „Medicnos“ 1939 m. 10—11 num., 836—837 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. Prof. Em. Vinteleris.
2. D-ras J. Žemgulys.
3. D-ras St. Kudirka.
4. D-ras K. Katilius.

5. Atsakė d-ras K. Pautienis.

(**Diskusijas** del d-ro K. Pautienio demonstracijos žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 838 pusl.).

XIII. Doc. V. Kanauka: **Transuretrinė prostatos rezekcija.**

(Šita doc. V. Kanaukos demonstracija įdėta šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 838—839 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras B. Zacharinas.
2. D-ras St. Kudirka.

(**Diskusijas** del doc. V. Kanaukos demonstracijos pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 839—840 pusl.).

XIV. D-ras Vl. K. Burba: **Trūkumai kovojant su piktybiniais navikais.**

(Šitas d-ro Vl. K. Burbos pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11num., 840—842 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. Prof. Em. Vinteleris.
2. D-ras J. Žemgulys.
3. D-ras K. Pautienis.
4. D-ras J. Mikelėnas.
5. D-ras V. Girdzijauskas.

(**Diskusijas** del d-ro Vl. K. Burbos pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 842 pusl.).

Prof. Al. Hagentornui pasiūlius, išrinkta komisija iš d-ro Vl. K. Burbos, d-ro K. Pautienio ir prof. Em. Vinteleriо rezoliucijai suredaguoti.

C. PRANEŠIMAI.

XV. D-ras J. Žemgulys: **Po nelaimingojo sužeidimo pirmasis gydytojo apžiūrėjimas ir pagalbos teikimas ligoninėje.**

(Šitas d-ro J. Žemgulio pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 843—850 pusl.).

Diskusijų del šito pranešimo nebuvo.

XVI. D-ras J. Stasiūnas: **Kraujo transfūzijos klausimu.**

(Šitas d-ro J. Stasiūno pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 851—862 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

1. D-ras J. Žemgulys.
2. D-ras J. Meškauskas.
3. D-ras St. Stonkus.
4. D-ras V. Paprockas.
5. D-ras B. Zacharinas.
6. D-ras St. Stonkus.
7. D-ras J. Jaržemskas.
8. Atsakė d-ras J. Stasiūnas.

(**Diskusijas** del d-ro J. Stasiūno pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 862—864 pusl.).

XVII. D-ras Vl. K. Burba: **Apie ūminio cholecistito ankstybą operaciją ir apie biliarinį peritonitą.**

(Šitas d-ro Vl. K. Burbos pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 865—868 pusl.).

Diskusijų del šito pranešimo nebuvo.

XVIII. D-ras K. Pautienis: **Chirurgiškas ir medikamentinis III-jo laipsnio nudegimų gydymas.**

(Šitas d-ro K. Pautienio pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 869—874 pusl.).

(**Diskusijas** del d-ro K. Pautienio pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 881—882 pusl.).

XIX. D-ras L. Feldšteinas: **Odos nudegimų gydymas Davidson'o būdu.**

(Šitas d-ro L. Feldšteino pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 875—881 pusl.).

Diskusijose (del abiejų paskutinių pranešimų) dalyvavo:

1. D-ras J. Žemgulys.
2. D-ras J. Meškauskas.
3. D-ras B. Zacharinas.
4. Prof. Al. Hagentornas.

(**Diskusijas** del d-rų K. Pautienio ir L. Feldšteino pranešimų žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 881—882 pusl.).

XX. D-ras V. Paprockas: **Gangraena spontanea.**

(Šitas d-ro V. Paprocko pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 882—890 pusl.).

Diskusijose dalyvavo:

Prof. Al. Hagentornas.

(**Diskusijas** del d-ro V. Paprocko pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 890 pusl.).

XXI. D-ras St. Stonkus: **Pora pastabų del pūlinio pleurito gydymo.**

(Šitas d-ro St. Stonkaus pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 890—894 pusl.).

(**Diskusijas** del d-ro St. Stonkaus pranešimo žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 897 pusl.).

XXII. D-ras K. Pautienis: **Pleuros empyemų gydymas nerezekavus šonkaulio.**

(Šitas d-ro K. Pautienio pranešimas įdėtas šiame „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 895—897 pusl.).

Diskusijose (del d-ro St. Stonkaus ir d-ro K. Pautienio padarytų pranešimų) dalyvavo:

D-ras P. Kusa.

(**Diskusijas** del d-rų St. Stonkaus ir K. Pautienio pranešimų žiūr. „Medicinos“ 1939 m. 10—11 num., 897 pusl.).

B.

VI-jo Liet. Chirurgų Draugijos suvažiavimo darbai.

A. PRANEŠIMAI.

I.

Prof. med. d-ras Al. Hagentornas.

APIE SKAUSMĄ.

Chirurgija ir skausmas, deja, yra labai artimi dalykai. Chirurgiškosios terapijos pagrindas yra sėkminga kova su skausmu. Praktiškai atliekant šitą uždavinį, lengvai pamirštamas teoriškas jo pagrindas; del šito skausmo teoriško pagrindo svarstymas ne tik geistinas, bet būtinas. Paskutiniu laiku teorikai ir klinicistai plačiai domisi šita problema. Norėčiau pamėginti paaiškinti Tamstoms šitą klausimą, pasirėmęs mano kartotinai pasiūlytu nervų sistemos suskirstymu į eilę refleksinių lankų, įjungtų vienas aukščiau kito.

Tokiame trumpame pranešime gali būti išdėstyti tiktai trumpi pagrindiniai faktai ir daug, kas būtų verta paminėti, tenka praleisti. Apskritai, įprasta nervų sistema skirstyti į animalinę, pareinančią nuo valios, dalį ir į vegetatyviai-automatinę, nuo valios nepareinančią, dalį. Bet tai tik dalinai teisinga. Ir vegetatyvinės sistemos funkcijos plačiai pareina nuo psichinių ir net nuo valios impulsų. Štai pavyzdys: žmonėms, kurie kenčia del rankų prakaitavimo, tatai ypatingai stipriai pasireiškia, kai jie turi paduoti kam nors ranką. Yra žmonių, ypatingai moterų, kurios reikalui esant gali verkti tikromis ašaromis ar paraustі. Antra vertus, ir animalinės sistemos funkcijos ne visuomet pareina nuo valios, pvz., statika, raumenų nuosavi refleksai, vyksmai ekstrapiramidinėje motorinėje nervų sistemoje vyksta nepareinamai nuo valios.

Aukščiau išdėstyto nervų sistemos suskirstymo pagrindinė klaida yra ta, kad tasai suskirstymas nervų sistemą traktuoja kaip funkcinį vienetą. Bet iš tikrųjų taip nėra. Turėdami galvoje, kad nervų sistemos funkcijos tarnauja tam, kad individas galėtų prisitaikyti prie aplinkinio pasaulio ir kad aplinkinio pasaulio situacija toli gražu ne visuomet reikalauja visos nervų sistemos dalyvavimo, prieiname kitą suskirstymą. Kad geriau suprastume šitą suskirstymą, turime prisiminti nervų sistemos filogeniją. Nervų sistema žmonėms ir daugeliui gyvulių išsivysto principinai vienodu būdu: visur randamas tas pats siekimas, būtent, atskirus segmentus sujungti į funkcinį vienetą, sudarant iš arčiau galvos gulinčių segmentų aukšto iš-

sivystymo kontrolinius aparatus, palyginti su žemiau, vadinasi, kaudaliai gulinčiais, segmentais. E k o n o m o šitą procesą pavadino cerebracija. Kaudalinių segmenų funkcijos primityvesnės ir pakanka tik paprastesniam šabloniškesniam prisitaikymui prie aplinkinio pasaulio. Juo sudėtingesnė aplinkinio pasaulio situacija, tuo aukštesnės, daugiau kranijalinės nervų sistemos dalys turi būti įtraukiamos į darbą. Tuo būdu gaunamos nervų sistemos funkcijos, kurios per nesąmoningą, nuo valios nepareinamą, pobūdį siekia automatinį, pusiau sąmoningą ir, pagaliau, psichinį, visiškai nuo valios pareinantį, sąmoningą pobūdį. Pagal šitas funkcijas nervų sistema galima suskirstyti į keletą dalių, kurios anatomine, dar daugiau fiziologine prasme, galima gana gerai, kad ir, suprantama, ne visada ryškiai, atskirti. Pradedant nuo kaudalinės dalies: stuburo smegenų segmentas, kurio funkcija yra be senso-motorinio reflekso, ypatingai vegetatyviai trofinė. Toliau eina dalis, kuri susidaro iš medulla oblongata, pons, pedunculi cerebri, corpora quadrigemina (Stammhirn). Apskritai, ji ir fiziologijos vadovėliuose aprašoma kaip funkcinis vienetas. Iš čia prasideda visi cerebrobulbariniai nervai ir čia guli daugelis vitalinių refleksinių centrų. Dar toliau eina thalamus opticus ir didieji motoriniai branduoliai. Thalamus opticus labai ryškiai skiriasi nuo funkciškai aukščiausios ir filogeneziškai jauniausios centrinės nervų sistemos dalies — nuo telencephalon'o. In thalamo optico susirenka ir baigiasi priešpaskutiniai visos sensibilinės ir sensorinės inervacijos neuronai. Net gyvuliai, turį aukštai išsivysčiusią nervų sistemą, pakankamai prižiūrimi, gali metais gyventi be telencephalon'o. Šitas faktas rodo didelį žemiau telencephalon'o esančių nervų sistemos dalių savarankiškumą. Prie aukščiau išvardytų nervų sistemos dalių dar prisijungia cerebellum, kaip patobulintas grynai motorinių funkcijų kontrolinis aparatas.

Klausimas dabar, kaip šitas nervų sistemos suskirstymas pasireiškia funkciškai. Atsakymas labai paprastas: atitinkamai aukštumai, kurioje užsidaro refleksinis lankas. Kiekvienas refleksinis lankas susidaro iš šių dalių: aferentinės, eferentinės ir centrinės. Pastaroji sudaryta iš mažesnio arba didesnio ganglinių celių susitelkimo. Šitoje centrinėje jaudinimo įvertinimo vietoje nusprendžiama apie kūno reakciją į aplinkinio pasaulio jaudinimą ir iš čionai per eferentinę refleksinio lanko dalį išeina impulsas vykdomajam organui (Erfolgsorgan). Jeigu kaudalinio segmento kompetencijos jaudinimo įvertinimo vietoje nepakanka, tai tuomet čionai refleksinis lankas neužsidaro, bet jaudinimas perduodamas aukštesnei instancijai įvertinti. Bet visuomet jaudinimo įvertinimo vietoje, t. y. refleksinio lanko centrinėje dalyje, jaudinimui veikiant,

turi susidaryti tam tikras stovis, nuo kurio pareina vykdomojo organo reakcija. *Dabar labai svarbu, kad toks stovio pakitimas ganglinėse celėse nebūtinai turi susidaryti ne tiktai del jaudinimo iš aplinkinio pasaulio, ekzogeninio jaudinimo, bet ir del endogeninio jaudinimo, kuris, pavyzdžiui, toksinės kilmės per kraują arba lymfą gali pasiekti ganglines celes, arba išeiti iš aukštesnių nervų sistemos instancijos, t. y. gali būti psichinio pobūdžio. Tačiau, vistiek kurios kilmės bebūtų ganglinių celių stovio pakitimas, vykdomojo organo reakcija visuomet turi atitikti tą pakitimą ir visuomet turi būti ta pati.* Tuo būdu lengvai galima paaiškinti organiniai pakitimai, įvykstą psichinių impulsų įtakoje.

Del viso, kas aukščiau pasakyta, prieiname išvadą, kad nervų sistema reikia suskirstyti į eilę r e f l e k s i n i ų l a n k ų s i s t e m ų, įjungtų viena aukščiau kitos, kurios aptarnaujamos vis aukštesnio išsivystymo laipsnio refleksinių centrų ir įjungiamos atsižvelgiant į aplinkinio pasaulio situaciją. Be to, svarbu, kad aukštesniosios sistemos gali būti įtrauktos ne tiktai del žemesniųjų nepakankamumo, kylant, bet ir savo iniciatyva, krintant. Fiziologinis eksperimentas, kurio pagalba galima įrodyti šitos hipotezės tikrumas, yra n a r k o z ė. Veikiant narkoziniams vaistams nervų sistemos paralyžius išsivysto palaipsniui tuo būdu, kad aukščiausios, tobuliausios ir filogeniškai jauniausios nervų sistemos dalys paralyžiuojamos anksčiau. Visų pirma kritika. Pacientas, neturįs kalbos funkcijos sutrikimų, kalba beprasmiškas frazes, kurių, jeigu kritika veiktų, jis viešai nekalbėtų. Pamažu kalba darosi neaiški. Kalbos centrai žieviniame sluoksnyje paralyžiuojami, o jaučiamoji ir motorinė sfera dar tebeveikia. Iš lėto ir čionai išsivysto paralyžius ir pagaliau pasilieka tik primityvūs automatai, pirmiausia kvėpavimas ir širdies veikimas, kurie apsinuodijimui einant toliau irgi paralyžiuojami.

Klinikos reikalams toks nervų sistemos suskirstymas yra labai naudingas. Jis padeda suprasti, kaip jau yra minėta, organinių pakitimų išsivystymą psichinių impulsų įtakoje, aiškina sugestiją, hipnozę, somnambulizmą, simetriškų susirgimų kilmę ir daugelį kitų dalykų, apie kuriuos čia ne vieta kalbėti.

Kaip dabar skausmo problemą suderinsime su tokiu nervų sistemos funkcijų aiškinimu? Visų pirma reikia pabrėžti, kad skausmo vyksmas niekuomet nesibaigia žemesnėse refleksinių lankų sistemose, bet visuomet siekia aukščiausias cerebrines refleksinių lankų sistemas, t. y. visuomet vyksta sąmonės sferoje. Nesąmoningas skausmas yra nonsensas. Apie kitas pažiūras netenka ir kalbėti, nes visi žinome iš prityrimo, kad, netekę sąmonės, nebejausime ir skausmo; tuo būdu skausmas visuomet yra sielos pergyvenimas, kuriame dalyvauja visa

psichika, arba, materialiai išreiškiant, aukščiausios refleksinių lankų sistemos. Be to, skausmas, kaip patologinis vyksmas, visuomet reiškia smarkų visos nervų sistemos sutrenkimą: tat matoma iš to, kad jame dalyvauja visos nervų sistemos dalys, ypatingai vegetatyvinė — vyziukų išsiplėtimas, prakaitavimas, išblyškimas arba paraudimas, raumenų kontraktūros ir pan. Skausmas, išskyrus psichogeninį skausmą, apie kurį vėliau kalbėsime, visuomet vyksta del jaudinimo kurios nors vietos skausmo leidžiamojoje sistemoje. Del to su pastarąja turime kiek arčiau susipažinti, kad ir ko trumpiausiai apie ją kalbėsiu.

Skausminis jaudinimas gali išeiti iš kūno paviršiaus, kūno tuštimų arba juose esančių organų. Apie skausmo receptorius, kurie turi daugiau fiziologinės reikšmės ir apie vidaus organų skausmingumo klausimą, kuris chirurgams del pagrindinių Lenander'io straipsnių, gerai žinomas, man nėra reikalo kalbėti. Iš šių vietų skausminis jaudinimas eina skausmo takais kartu su sensibiliniais takais kaip pirmasis sensibilinis neuronas, turįs savo trofinį centrą spinalinėse ganglijose, per užpakalines šaknis prie užpakalinių ragų. Iš vidinių organų skausminis jaudinimas eina per atitinkamą visceralinį nervą į n. sympathicus kamieno ganglijas ir iš čia per rami communicantes albi jis eina į užpakalinius ragus. Kai jaučiamosios skaidulės nepertraukiamai eina toliau į medulla oblongata ir į Burdach'o ir Goll'o kamienų branduolius ir tik čia susijungia su antruoju jaučiamuoju neuronu, tai visos skausmo skaidulės nuo odos gilesnių audinių ir vidaus organų įeina į kontaktą su antruoju neuronu jau užpakalinių ragų substantio gelatinosa Rolandi srityje. Vadinasi, užpakalinuose raguose susirenka visos skausmo skaidulės iš periferijos. Iš čia skausmo takas pereina į kontralateralinę pusę ir eina toliau per tractus spino-thalamicus prie formatio reticularis, kurioje jis praeina per medulla oblongata, pons ir pedunculi cerebri ir baigiasi in thalamo optico, kur susirenka visi sensibiliniai ir sensoriniai takai. Medulla oblongata srityje prie šitų skausmo takų prisijungia cerebrobulbarinių nervų skausmo takai ir kartais su jais pasiekia thalamus'ą. Iš čia skausmo takai prisijungia prie paskutinio sensibilinio neurono, per jį pasiekia žievę ir išsišakoja in gyro centrali posteriore ir viršutinėje parietalinėje skiltyje. Reikia manyti, kad sensibiliniai takai baigiasi ne tik tose smegenų žievės dalyse; vis delto atrodo, kad gyrus centralis posterior ir parietalis superior yra svarbiausios sensibilinės žievės dalys, nes tik iš jų galima sukelti parestezijos, jaudinant elektros srove.

Suardžius aprašytuosius skausmo takus, skausmas gali susirasti kitus, kad ir ne tokius tobulus kelius. Užpakalinių

šaknų nepraeinamumo atveju skausmas gali praeiti ir per priešakines šaknis. Lygiai tuo būdu skausmas gali pasiekti žievę ir per didžiųjų kraujagyslių simpatinius raizginius ir, pagaliau, per pilkąją stuburo smegenų masę. Šitas paskutinis galimumas, mano nuomone, turi daug didesnės kliniškos reikšmės, negu kad apskritai pripažįstama. Mes dar prie to grįšime.

Skausmo pravedamųjų takų pažinimas praktiškajai chirurgijai yra labai naudingas, kaip anestezijos būdų suradimo pagrindas. Ne mažesnės reikšmės jis turi, nustatant nervų sistemos ligų lokalizaciją. Apie šituos klausimus aš nekalbėsiu, nes tat tiesiogiai neliečia mano referato temos. Bet už tat turėsiu trumpai paliesti kliniškąskausmo reikšmę ir jo kliniškas pasireiškimo formas.

Tiek ligoniui, tiek ir gydytojui skausmas yra reikšmingas simptomas. Ligoniui jis kartais naudingas, nes atkreipia jo dėmesį į susirgimą ir verčia kreiptis į gydytoją; vis delto kartais jis be galo ligonį kankina, kai jį lydi nepagydoma liga, kaip, pvz., cancer inoperabilis. Gydytojui jis yra naudingas diagnozei nustatyti, arba trukdo terapiją.

Ypatingai svarbi, tiek gydytojui, tiek ir ligoniui, skausmo lokalizacija. Apskritai, skausmas lokalizuoti kūno paviršiuje yra daug lengviau negu kūno tuštimuose. Tuo metu, kai kūno paviršiuje lokalizacija tiek yra tobula, kad, pvz., giliąs vabzdys nematant gali būti pašalintas, skausmo gi jutimas ūminių pilvo tuštimo susirgimų, pvz., ūminio apendicito, atveju iš pradžių būna difuziškas. Galima prileisti, kad tat dalinai pareina nuo skausmo stiprumo, nes stiprūs skausmai visuomet blogiau lokalizuojami. Vėliau gi, skausmas apendicito atveju gana gerai lokalizuojamas. Taip, turi būti, yra ir su kitais tuštimų organais.

Del labai subjektyvaus, individualaus skausmo jutimo kliniška nurodymų vertė, kad skausmas deginąs, giliąs, duriąs ar pjaunąs ir t. t., yra labai menka; kliniškai vertingi yra skausmai, kurie pasireiškia priepuoliais, dieglių arba neuralginių skausmų pavidalu, nes tat yra gana tikras kai kurių susirgimų simptomas.

Labai reikšmingas yra skirtumas tarp spontaniško skausmo ir tokio, kuriam sukelti reikalingas dar pridėtinis jaudinimas, kad ir spontaniškas skausmas del tokio jaudinimo gali didėti. Del to, kad pridėtinio jaudinimo pobūdis ir pritaikymo būdas pareina nuo gydytojo rankos, tuo būdu sukeltas skausmas diagnozei ypatingai vertingas. Yra didelis skirtumas, ar pridėtinį jaudinimą sudaro lengvas glostymas, paviršutinis prisilietimas, pamažu didėjąs spaudimas arba sutrenkimas. Ūminiams pilvo tuštimo susirgimams diagnozuoti perkusijos — sutrenkimo skausmas yra pranašes-

nis už visus kitus tyrimo būdus. Švelniai jį pritaikant, uždegiminio proceso ribos nustatomos didžiausiu tikslumu, o palpacija sukelia refleksišką raumenų įtempimą ir difuziško skausmo jutimą. Chroniškų uždegimų atveju palpacija duoda geresnius rezultatus, bet ir čia jos veikimą papildo sutrenkimas tuo būdu, kad per gilyn einančią ranką arba pirštą suduodama perkusiniu plaktuku. Daug ką gali išaiškinti sutrenkimas, jeigu jis naudojamas giliau gulinčių organų, pvz., inkstų, skausmingumui nustatyti, arba pritaikomas sutrenkiant griaučių dalį kurio nors toliau esančio organo skaudamumui sukelti.

Skausmo iradiacija taip pat gali turėti didelės kliniškos reikšmės, nes kai kuriuose susirgimuose ji pasireiškia būdingu būdu; pvz., inkstų susirgimų atveju skausmas atsiliepia į kirkšnį, šlapiminę pūslę ir genitalinius organus, o tulžies pūslės susirgimų atveju — į dešinįjį petį ir t. t.

Įdomiausia skausmų įradiacijos lytis į kūno dalis, gulinčias toli nuo susirgimo židinio, yra vadinamos Head'o zonos. Yra tat dviejų anglų gydytojų, Head'o ir Mackenzie, nuopelnas, kad jie beveik prieš 50 metų atkreipė dėmesį į šitą savotišką klinišką reiškinį. Jų stebėjimai nuo to laiko vis iš naujo pasitvirtindavo, kad ir kliniškas tų stebėjimų įvertinimas ne visuomet vienodas. Jau ilgesnį laiką sekdamas Head'o zonų atsiradimą, aš priėjau išvadą, kad pagrindinė jų vertė ne tiek kliniškai diagnostinė, kiek teoriška. Kaip anksčiau pasakyta, pirminiai skausmo centrai vidinių organų ir tam pačiam segmentui priklausančių dermatomų atveju guli užpakalinuose raguose šalia vienas kito. Del to iš susirgusių vidaus organų jaudinimas, kuris pakliūva į atitinkamus savo centrus užpakaliniuose raguose, gali peršokti į greta esančius dermatomų skausmų centrus. Tuomet šitose dermatomose atsiranda skausmas, spontaniškas arba del pridėtinio dirginimo (spaudimo, palietimo) veikimo.

Labai įdomu, kad jaudinimas ne būtinai turi pereiti į dermatomų skausmų centrus, bet gali paliesti ir vegetatyviai trofinius jų centrus: tada atitinkamoje dermatomoje būna piloarekcija, prakaitavimas, herpes'o erupcijos, dermografija.

Šitie vyksmai, kurie pasireiškia Head'o zonoms susidarius, turi didelės teoretinės reikšmės. Visų pirma jie įrodo, kad, nepaisant aukšto žmogaus centrinės nervų sistemos išsivystymo laipsnio, segmentas, kaip inervacijos vienetas, tam tikrose ribose išlaiko savo savarankiškumą. Antrą vertus, jie tarnauja skausmo pravedimui paaiškinti. Jau trumpai esu suminėjęs skausmo pravedamuosius takus taip, kaip jie paprastai aiškinami. Pasirodė, kad beveik tik ilgieji takai tarnauja skausmui pravesti ir kad pilkosios masės praveda

skausmą tik išimtiniais atsitikimais. Mes žinome, kad kiekvienos dermatomos inervacijoje dalyvauja ne tik vienas, bet trys segmentai. Del to labai netikėtina, kad ir skausminis jaudinimas liktų tik vieno segmento ribose. Be to, žinome, kad stipraus dirginimo atveju skausmas gali pereiti ir į kontralateralinę pusę ir joje išsiplėsti. Vykstant skausmo generalizacijai, skausmas ne būtinai turi pereiti į kontralateralinę pusę thalamus opticus srityje, kaip kad mano Förster, bet tat gali atsitikti jau stuburo smegenyse. V. D. Univ-to Chirurginėje klinikoje turėjome ligonį su kauzalgija del kairiojo nervus medianus šaunamojo sužalojimo. Taip pat dideli skausmai darydavosi nepakenčiami, prisiliečiant prie dešiniosios rankos. Vėliau toks pats skausmas galėjo būti sukeltas prisiliečiant prie kairiosios (tos pačios pusės, kur ir sužalojimas) kojos, o galų gale ir prisiliečiant prie dešiniosios kojos. Matyti, tat buvo toks pat skausmo išsiplėtimas stuburo smegenų pilkosiose masėse, kaip tai pastebima Head'o zonose. Del to reikia prileisti, kad skausmo persidavimas stuburo smegenų pilkosiomis masėmis, greta skausmo persidavimo ilgaisiais takais, turi daug didesnės reikšmės, negu kad apskritai pripažįstama. Ir apskritai, abiejų stuburo smegenų pusių funkcinis bendradarbiavimas labai ryškus. Brown-Sequard'o paralyžiaus atsitikimais kartais pavyksta, jaudinant motoriškai paralyžiuotą kojį, kurioje yra išsilaikęs sensibiliškumas, gauti refleksai antrojoje, sensibiliškai paralyžiuotoje kojoje, t. y. visai atitinkamai iš fiziologijos gerai žinomam Müller'o eksperimentui. Spinalinis gyvulys dar turi lokomotorinius judėjimus ir net spinalinis šuo, paremiamas, gali reguliariai judinti galūnes.

Prieiname dabar paskutinę skausmo lytį, t. y. psichinį skausmą. Turime remtis tuo, kad skausmo jutimas visuomet turi materialinį substratą, t. y. kad priklausančiose ganglinėse celėse turi įvykti toks stovio pakitimas, kuris reiškia skausmą. Del to, kad skausmui susidarant visuomet dalyvauja visos centrinės nervų sistemos instancijos, kartu ir aukščiausios, sudarančios sąmonę, tai kiekvienas skausmas, kurios kilmės jis bebūtų, turi psichinį komponentą. Pašalinus kurioje nors skausmo leidžiamosios sistemos vietoje esančią skausmo priežastį, normaliose arba palankiose sąlygose pranyksta ir skausmas, pvz., skaudamo danties ekstrakcija. Bet kartais, ypatingoms sąlygoms susidarius, pašalinus skausmo priežastį, skausmas gali nepranykti. Tuo būdu del skaudamų dantų gali išsivystyti n. trigeminus neuralgija, kuri dantį ištraukus nepranyksta; skausminis dirginimas atitinkamose ganglinėse celėse sukelia pastovų stovio pakitimą, kuris sukelia skausmus nebėsant pirminės priežasties. Ganglion Gasseri pašalinus skausmai gali praeiti. Jeigu skausmai ir dabar nepraeina,

tai reikia manyti, kad skausmo fiksacija įvyko dar aukščiau, greičiausia, psichinės srities ganglinėse celėse. Tokia skausmo jausmo fikcija, ačiū Dievui, nedažnai pasitaiko, tur būt, rečiau, kaip kitų jausmų psichinė fiksacija. Ypač klausos ir uodimo jausmo srityje tokie reiškiniai neretai pasitaiko. Pvz., medžiotojui, kuris bemedžiodamas prisiklausė šunų skalijimo, parvykus namo, tasai skalijimas dar ilgai gali skambėti ausyse. Labai ryškus psichiškai fiksuotų skausmų pavyzdys yra skausmo jutimo didėjimas ligoniams, kurie kartotinai buvo operuojami vietinėje anestezijoje, pvz., veido plastiškų operacijų atveju. Ligoniai, kurie pirmosios operacijos metu buvo labai kantrūs, su kiekviena operacija darosi jautresni ir galų gale rėkte rėkia iš skausmo, vien tiktai prisilietus marliniu tupferiu.

Tarp šitų psichiškai fiksuotų skausmų, apie kuriuos tik dabar tesu kalbėjęs, ir psichogeninių skausmų, apie kuriuos dabar kalbėsime, yra pagrindinis skirtumas. Pirmųjų, vadinasi, psichiškai fiksuotų skausmų, priežastis yra kuris nors skausmingas procesas, lokalizuotas tam tikroje skausmo leidžiamosios sistemos vietoje, ir tik antriniu būdu jie psichiškai fiksuojami. Esant psichogeniniams skausmams, pirminis skausmų impulsas įvyksta aukščiausiose centrinės nervų sistemos psichinėse dalyse ir projekcija į tam tikras kūno vietas sudaroma antriniu būdu. Suskirstę centrinę nervų sistemą į eilę refleksinių lankų sistemų, kurių aukštesnės veikia žemesniųjų funkciją, ir paaiškinę tuo būdu psichiško impulso veikimą organiniams pakitimams, mums tokios kilmės psichiniai skausmai nepasirodys mistiškais ir nesuprantamais. Be to, mums yra žinoma daugelis tuo būdu susidariusių patologiškų pasireiškimų kitose nervų sistemos funkcijos srityse; vadinamieji histeriniai paralyžiai, skausmai, anestezijos, histerinis aklumas, įvairios rūšies haliucinacijos, ypatingai regėjimo ir klausos haliucinacijos galima laikyti visai lygiais reiškiniais, kaip ir psichogeniniai skausmai. Pavyzdį tam, kad visi šitie reiškiniai gali įvykti del įsivaizdavimo, duoda mums fiziologija. Tamsumos įsivaizdavimas sukelia vyziukų išsiplėtimą; tat yra aiškus įrodymas, kad impulsai iš aukščiausių refleksinių lankų sistemų gali paveikti žemesniųjų refleksinių lankų sistemų vykdomuosius organus. Skausmo įsivaizdavimas gali pareiti iš baimės, kylančios del stebėjimo kitų žmonių kančių, arba net iš pasakojimo apie tokias kančias. Chorejos išsiplėtimas mokyklose yra gyvas pavyzdys to, kad paprastas susirgimo stebėjimas gali psichogeniniu būdu sukelti tą susirgimą. Lygiai taip išsivysto ir psichogeniniai skausmai. Vis delto reikia pabrėžti, kad ne kiekviena nervų sistema linkusi susirgti psichogeniniu būdu, o daugiausia tik neuropatinė.

Kliniškam psichogeninių skausmų įvertinimui labai svarbu turėti galvoje, kad nepaisant, kurios kilmės skausmai bebūtų, ar organinės ar psichologinės kilmės, ganglinėse celėse visuomet turi išsivystyti toks pats stovio pakitimas. Todėl didelė gydytojo klaida kalbėti apie išgalvotus skausmus ir tat ligoniui duoti suprasti. Vienu ir antru atsitikimu ligonis jaučia tikrus skausmus.

Dar gilesnį supratimą apie psichogeninius skausmus duoda galimumas psichogeninį skausmą ne tiktai psichiniu būdu sukelti, bet ir psichiniu būdu sustabdyti. Tuo būdu hipnozės keliu galima visiškai išjungti skausmo jutimas, taip, kad galima atlikti didesnės operacijos be skausmo. Kad ne visuomet pavyksta, bet tik į hipnozę ypatingai palinkusiems individams, nemažina didelės principinės šito galimumo reikšmės. Be to, smarkūs psichiniai susijaudinimai laikinai gali paralyžiuoti skausmo jutimą. Sunkios katastrofos arba atkaklios kovos metu net sunkūs sužalojimai kartais nepastebimi. Karo metu yra suregistruota atsitikimų, kur, pvz., karininkas savo viršininkui pranešė apie laimėtą mūšį, pats nepastebėjęs, kad jis sunkiai sužeistas.

Tuo būdu skausmas be išimties yra psichinis, sąmoningas vyksmas. Bet visuomet psichiniai vyksmai turi turėti materialinį substratą ganglinėse celėse, be kurio skausmas negali įvykti, kuriam esant būtinai turi įvykti. Jeigu mums skausmas, kaip ir kiekvienas gyvybės apsireiškimas, įrodo nervų sistemos diktatūrą organizme, tai lygiai taip pat jis mums įrodo nervų sistemoje ganglinių celių diktatūrą.

Zusammenfassung.

Ueber den Schmerz.

Der Autor erörter das Schmerzproblem auf der Grundlage seiner Theorie über die Arbeitsweise und Bedeutung das zentralen Nervensystems im menschlichen Organismus. Für diese ist es massgebend, dass nach Ansicht des Autors unter psychologischen Verhältnissen jede Organ- und Gewebsreaktion unter Kontrolle des zentralen Nervensystems erfolgt, also reflektorischer Natur ist. Neben der üblichen Einteilung des Nervensystems in einen animalen und vegetativ-automatischen Anteil, muss das Nervensystem als aus übereinander geschalteten Reflexbogensystemen bestehend angesehen werden, wofür die Anatomie und Philogenese feste Anhaltspunkte geben. Physiologisch tritt diese Zerlegung des Nervensystems in einzelne Reflexbogensysteme dadurch zutage, dass bei der Anpassung an die Umweltsituation diese Reflexbogensysteme ihrer Wertigkeit nach eingeschaltet werden: je komplizierter die Umweltlage desto höhere, d. h. der Hirnrinde näher oder in ihr selbst liegende, Reflexbogensysteme müssen zur Lösung der Aufgabe herangezogen werden. Von dieser Grundlage aus wird das Schmerzproblem beleuchtet. Es wird darauf hingewiesen, dass bei der Schmerzempfindung immer sämtliche Reflexbogensysteme, bis in die höchsten, psychischen hinauf, mitbeteiligt sind. Daher ist der Schmerz immer ein bewusster Vorgang und kann

ebenso durch Behinderung der Schmerzleitung, wie durch Lähmung der in der Hirnrinde liegenden, höchsten Reflexbogensysteme beseitigt werden. Weiter werden die klinischen Erscheinungsformen des Schmerzes, die Theorie der Headschen Zonen behandelt, schliesslich ein psychogener und psychisch fixierter Schmerz unterschieden und der erstere in Parallele zu den Halluzinationen, Sugestionen u. s. w. gesetzt.

Literatūra.

Näheres in den Mitteilungen des Verfassers:
„Münch. Med. Wochschr." 1936, S. 1539, Vom Urreflex bis zum Grosshirn.
„M. M. W." 1937, S. 1702, Vom tropischen Reflex.
„M. M. W." 1938, S. 577, Ueber Organotropie.

(**Diskusijos** del prof. Al. Hagentorno pranešimo žiūr. „Medicinos" 1939 m. 10—11 num., 796—797 pusl.).

II.

Gyd. V. Tumasonis.
Chirurginės klinikos jaun. asistentas.

DIENOS PERIODIKA IR SKAUSMAI.

(V. D. Un-to Chirurginė klinika. — Vedėjas — prof. Al. Hagentornas).

Visoje gamtoje, tiek negyvojoje, tiek gyvojoje, yra pastebimi ritmiški, periodiški reiškiniai. Šiandien ritmiškumui skiriama biologinė prasmė, nes visų organizmų gyvybiniai reiškiniai turi tam tikrą ritmišką eigą. Klages ritmu vadina tolygiais laikotarpiais panašių reiškinių, ne būtinai lygių, kartojimąsi. Reikia tik prisiminti ritmiški kristalizacijos fenomenai, kaip, pvz., Liesegang'o žiedai, celių dalinimasis ir augimas, metų laikų periodiškumas, diena — naktis, potvyniai — atoslūgiai ir žmogaus organizmo vienokis ar kitokis reagavimas, kuris vienais pasireiškimais rodo prisitaikymą aplinkai ir pasireiškia ritmiškumu, kitaip gi — yra savarankiškas ir visai nepriklausomas nuo išorinių veiksnių. Kosmiški veiksniai turi neabejotinos reikšmės ligūstumui, ligos eigai ir mirtingumui; ypač tat krinta į akis atmosferinių pakitimų įtaka susirgimams, kurie taip pat rodo ciklišką eigą (prof. Al. Hagentornas). Didelę reikšmę periodikai turi endokrininė ir vegetacinė sistemos.

Periodikos klausimu pastaraisiais metais yra daug dirbęs ir paskelbęs savo darbus A. Jores. Todėl šito rašinio pagrindan paimti minėto autoriaus teigimai, tik visai savarankiškai yra iškeltas skausmo ir jo ritmiškumo klausimas.

Labiausiai ryškus gamtoje periodiškumas yra dienos ir nakties arba metų laikų pakitimai. Pastarieji yra susiję su žemės judėjimu. Sąsyjyje su dienos ir nakties pakitimais žmogaus organizmas taip pat rodo priklausomą ciklišką fiziologiškų reiš-

kinių eigą. Yra teigiama, kad šitas periodiškumas yra gyvenimo būdo padarinys. Tikrai, gyvenimo būdas daug tokių reiškinių pakeičia, arba ritmiškumą padaro neryškų; tačiau yra daug fiziologinių ar net ir patologinių veiksnių, kurie turi ciklišką eigą ir visai nepriklauso nuo to, kaip žmogus gyvena, ar jis vienu ar kitu paros metu miega, dirba ar ilsisi. Tiktai nuo ramybės, judėjimo, maitinimosi ar miego nepareinąs ritmiškumas yra laikomas tikruoju paros - dienos periodikos reiškiniu. Labiausiai ryškus paros ritmiškas fenomenas yra žmogaus organizmo ar šiaip gyvūnų temperatūros svyravimas. Jis yra tiek kasdieniškas ir visiems žinomas, kad apie jo reikšmę visai net negalvojama ir nekeliama klausimo, kodėl ir kaip tat atsitinka, kad sveiko žmogaus iš ryto būna žemesnė temperatūra negu vakare. Paraleliai su temperatūros svyravimais vyksta organizme ir kiti pakitimai. Taip būtų galima sudaryti daugelis diagramų, kurios rodytų periodikos maksimumą ir minimumą. Temperatūros maksimumas tarp 17—20 val. ir minimumas tarp 2—6 val. Augalų pasaulio periodika taip pat turi „kritiškas valandas“. Temperatūros ritmas visai nepareina nuo gyvenimo būdo; jo eigos kreivė susijusi su paros metu. Miegas taip pat yra ritmiškas fenomenas. Gailestingosios seserys, kurios yra pratusios naktimis budėti ir nepaisant to, kad dienos metu gerai išsimiega, naktį vis tiek apie 24—2 val. jaučiasi labai pavargusios. Ypatingai svarbūs pakitimai sąsyjyje su miegu vyksta vegetacinėje nervų sistemoje. Tyrinėtojų Hess'o ir L. R. Müller'o yra nustatyta, kad nakties metu labiau veikia n. vagus, o dienos metu — n. sympathicus.

Kraujospūdžio, kvėpavimo, pulso periodika yra visiems lengvai pastebima. Klewitz rado, kad naktį širdies darbas krinta apie 19,9%, o dienos metu, nors tiriamasis subjektas ir miega, širdies darbas mažėja labai nežymiai. Kraujospūdis nakties metu krinta net ir hipertonikams. Vyrams būna vidurkis 94 mm. Hg., moterims — 88 mm. Hg. Klewitz, Brooks ir Carrol rado, kad nakties metu, nors tiriami individai ir nemiega, vistiek tiek širdies darbas, tiek ir kraujospūdis krinta ir pasiekia minimumą apie 2—4 val. Taigi, kraujo apytakos ritmas yra savarankiškas ir nepareina nuo miego. Kraujospūdžio ir pulso maksimumas būna apie 18 val.

Skirtumas tarp maximum'o ir minimum'o siekia 8—15 mm. Hg. (Zadeck). Kapiliarų išsiplėtimo ir akių obuolio spaudimo kitimas yra periodiškas ir pasiekia rytais maximum'ą, vakarais — minimum'ą. Miegas minėtus periodiškumus veikia kaip stiprinąs ar silpninąs veiksnys, bet nėra aniems priežastis.

Deguonio suvartojimo ir anglirūgštės išsiskyrimo ritmiškas siūbavimas turi max. 17 val. ir min. 4 val. Kraujo sudėtis ritmiškas kitimas yra gerai ištirtas.

Eritrocitų svyravimas siekia apie ½ milijono. Didžiausias eritrocitų skaičius būna 12 val., vakare krinta ir apie 2 val. nakties vėl pasiekia antrą maksimumą. Hemoglobino maksimumas yra 11—13 val. ir minimumas 16—18 val. Leukocitų skaičiaus svyravimas yra labai ryškus, kaip paros periodiškų kitimų reiškinys: vakarais pasiekia didžiausią ir rytais mažiausią skaičių. Trombocitų skaičius padaugėja 16 val. ir nukrinta 22 val. Kraujosėdis gana taisyklingai ir pastoviai rodo periodiškumą paros metu. 17 val. būna didžiausias kraujosėdis ir 7—11 val. mažiausias. Nakties metu kraujas mažiau turi baltyminių medžiagų.

Skysčių pašalinimas iš organizmo vyksta taip pat ritmiškai. Yra susekta, kad dienos metu išskiriamų skysčių kiekis santykiauja su nakties kiekiu kaip 3 su 2.

Kepenų veikimo ritmas pasireiškia glikogeno kiekio svyravimu kraujyje ir tulžies išskyrimu. Glikogeno daugiausia būna 24—4 val. ir mažiausia prieš 18 val. Tulžies išskiriama maximum 12—14 val. ir minimum 5—7 val.

Skrandžio sekrecijos kitimas taip pat yra ritmiškas. Rūgštingumas kyla su miego pradžia labai nedaug ir trumpą laiką, kiek vėliau krinta iki žemos rūgštingumo ribos. Hening ir Norpoth skrandyje rado su nuolatiniu zondu rūgšties iki 23 val., nuo 24 val. iki pabudimo sekrecija buvo vos pastebima.

Periodiškai veikia ir vidinės sekrecijos liaukos. Dienos metu yra didesnis simpatinės sistemos hormonų kiekis, o nakties metu vyrauja parasimpatinės sistemos hormonų kiekis.

Kleitmann'o tyrimų kreivės rodo žmogaus sugebėjimą atlikti įvairius darbus. Didelio įtempimo darbai geriausiai atliekami tarp 10—12 valandų.

Ar skausmas turi ritmišką eigą paros metu?

Šitam klausimui išaiškinti buvo tirta 205 ligoniai, turį pastovius skausmus. Iš jų 80% vyrų ir 20% moterų, jauniausias 16 metų ir vyriausias 60 metų.

Skausmai buvo del šių susirgimų:

1) Galūnių gangrena (morbus Reynaud)	17	atsitikimų
2) Carcinoma recti	13	„
3) Osteomyelitis	50	„
4) Carcinoma gl. mammae su metastazėmis	10	„
5) Gonitis acuta	15	„
6) Parulis	10	„
7) Tumor cerebri	12	„
8) Fractura basis cranii	20	„
9) Otitis media purulenta	3	„

10) Ischias rheumatica	20	atsitikimų
11) Dystrophia ovarii	2	„
12) Coxitis tbc.	10	„
13) Carcinoma vesicae urin.	3	„
14) Galūnių phlegmone	5	„
15) Panaritium	10	„
16) Hemicrania (migrenė)	5	„

Ligoniai buvo apklausinėjami vienodai teikiant klausimus. 184 ligoniai ištirti chirurginėje klinikoje, o likusieji Kauno Žydų ligoninėje ir Raseinių apskr. ligoninėje. Duomenys gauti visai panašūs, nors apklausti ligoniai atskirų gydytojų ir kitose ligoninėse. 95% ligonių skundžiasi didžiausiu skausmingumu tarp 15 ir 23 val., 5% ligonių skausmai buvo visą laiką vienodi. Smulkiau peržiūrint skausmų nusiskundimus, labiausiai skaudama tarp 18 ir 21 val. Tomis valandomis ligoniai nemiega ir ypač sunkiai pakeliamas metas, kai girdi miegančius kaimynus, tada dažnam atrodo, kad niekada skausmas nesibaigs. Po 23 val. daugumai ligonių skausmai mažėja, ligoniai pradeda užmigti arba lieka mažiau jautrūs ir paryčiais skausmai arba visai nutyla, arba darosi lengvai pakeliami. Dantų gydytojas F r e e s yra tyręs dantų skausmingumą elektros srove. Pagal jo tyrimus jautriausi dantys elektros srovės dirginimui būna 18 val. Kaip matome, skausmas taip pat turi periodiškumą, kaip ir kiti fiziologiški bei patologiški reiškiniai.

Daugelio stebėtojų yra nustatyta, kad dauguma priepuolių, ypač dieglių pavidalo ar lygiųjų raumenų spazmai dažniausiai atsitinka nakties metu. Tulžies ir inkstų akmenų priepuoliai dažniau užeina naktį. L. R. M ü l l e r tat aiškina n. vagus tonus'o veikimo persvara nakties metu. M a r c h a n d, pasirėmęs literatūra ir savo stebėjimais, sako, kad epilepsijos priepuoliai dažniau būną naktį negu dieną. Naktiniai priepuoliai turi du dažnumo maksimumu: veikiai atsigulus ir neužilgo prieš rytmetį pabundant. Pasak D ü r o f f'o, gimdymo metu skausmai esą didžiausi 24—1 val. ir mažiausi uterus'o lygiųjų raumenų susitraukimai esą 10—12 val.

F r e y rado, kad pooperacinis mirtingumas įvykstąs dažniausiai tarp 23—24 val. ir mažiausiai 14—15 val. Pagal prof. Al. H a g e n t o r n o statistikas Kaune, F i s c h e r'o Rostoke, J u s a t z'o ir E c k a r d'o Marburge didžiausias skaičius mirties atsitikimų būnąs tarp 3—6 val., o vidudienį mažiausias.

Patologinių atsitikimų periodika paros metu labai mažai stebėta, tačiau jų reikšmė turi didelės praktiškos vertės gydytojui ir reikalinga tyrinėjimų, norint išnaudoti terapijos galimumus kaip tik tuo metu, kada organizmas labiausiai reikalingas.

Galima pasakyti, kad pirmoji paros pusė yra gera gyvybės saugotoja, o antroji pusė yra visų kančių teikėja. Fiziologinių

reiškinių periodikos žinojimas įgalina suprasti patologiškus atsitikimus ir patogiausį metą juos malšinti. Praktikos gydytojas turėtų žinoti, kad vakare 10.000—12.000 leukocitų kiekis nėra patologiškas, o rytą jau yra organizmo nesveikos būsenos žymė. Tat pat su kraujosėdžiu. 12 mm. sėdimas vakare nėra ligūstumo požymis. Tiesa, mūsų beveik visi tyrimai, atliekami iš ryto, neduoda progos tat stebėti, tačiau vistik reikalinga atminti, kad žmogus savo funkcijų visumoje yra visai kitoks vakare negu rytą.

Savaime suprantama, kad, taikant terapiją, reikia turėti galvoje organizmo periodikos kitimai. Vaistų skyrimas „tris kartus per dieną“ iš tikrųjų yra negudrus senų laikų paprotys, kaip tat vadina J o r e s. Cukrinės ligos atveju, turint galvoje glikogeno apykaitos periodiką, naudinga insulinas skirti didesnėmis dozėmis iš ryto su mažu kiekiu atitinkamo maisto ir atvirkščiai vakare. J o r e s sako, kad širdies terapijoje strofantinas geriau veikiąs vakarą, negu rytą. Tas pats su salyrgan'u. Organizmui reikia padėti medikamentais tada, kai jis mažiau pajėgus.

Pradedant kalbėti apie skausmų malšinimo priemones, reikia atminti, kad sunkūs skundai prasideda antrojoje dienos pusėje. Todėl ir visi analgetica skirtini didesnėmis dozėmis vakarais. Praktiškai net gydytojui negalvojant patys ligoniai priverčia tatai padaryti. Mes gerai žinome, kad per rytines vizitacijas tik mažas procentas ligonių skundžiasi skausmais, o vakarais ramūs ir kantrūs žmonės patys prašo vaistų nuo skausmo. Atsimenant F r e e s tyrimus, kuriais nustatyta, kad 18 val. dantų jautrumas skausmingiems dirgikliams esąs didžiausias, ir pastovius skausmus turinčių ligonių skundus, kad jie daugiausia kenčią vakarais, reikėtų visos skausmingos intervencijos ir operacijos, kurios tik galima, atlikti iš ryto, o ne popietinėmis valandomis.

Dienos periodika, kuri vyksta kartu su taisyklingu mūsų žemės kūno apsisukimu, liečia ir visus jos gyventojus, skirdama ypatingą ekonomiją žmogaus organizmo fiziniams reiškiniams. Ir visuose ligūstuose procesuose šitas ritmas yra pastebimas. Todėl ir kiekvienas gydytojas greta radikalių priemonių turi prisiminti ir „geras minutes“, kurių metu jis gali atlikti laimingiau sunkų darbą ir sėkmingiau patarnauti kenčiančiam žmogui, ir tuo būdu nors maža dalimi sumažins jo nelaimę.

L i t e r a t ū r a.

1. H a e b e r l i n, C.: Lebensrhythmen und menschliche Rhythmusstörungen. Berlynas. 1933.
2. Prof. H a g e n t o r n a s, A.: Was wissen wir über den Zusammenhang von Wetter und Krankheit. „Münch. med. Wschr.“ 1932. II, 1181.
3. H e s s, W. R.: Der Schlaf. „Klin. Wschr.“ 1935, I, 129.
4. A l f r e d E. H o c h e: Vom Sinn des Schmerzes. München.

5. Jores, A.: Tag-und Nachtwechsel in seiner Wirkung auf den Menschen. „Klin. Wschr." 1933, II, 1538.
„ Die 24-Stunden-Perioden des Menschen. „Med. Klin." 1934, I.
„ Die Tagesrhythmen in ihrer Bedeutung für die Hormontherapie. „Die Medizinische Welt." 1936, 43 nr.
„ „Ergebn. inn. Med." 1936, 48 nr. 574 p.
6. Marchand: Des influences cosmiques sur les accidents épileptiques. „L'Hygiène mentale". Dec., 1931.

Autoreferat.

Rythmische, periodische Erscheinungen beobachtet man in der gesamten Natur. Der menschliche Organismus zeigt rythmische Schwankungen seiner Lebensfunktionen innerhalb 24 Stunden. Die Temperatur die Herztätigkeit, der Blutdruck, die Blutsenkung, die Ausscheidung von Flüssigkeiten u. a. m., — alles dies hat sein Maximum u. Minimum. Wie die Epilepsieanfälle meistens zu bestimmten Stunden eintreten, so haben auch die Schmerzen im Laufe des Tages ihre bestimmte Kurve. Untersucht wurden 205 Kranke mit konstanten Schmerzen. 95% dieser Kranken klagten über die stärksten Schmerzen in der Zeit zwischen 18—21 Uhr. Es könnte den Kranken zugute kommen, wen der Arzt bei Verordnungen von Analgetica dies berücksichtigen wird.

Diskusijos del I-ojo (prof. Al. Hagentorno) ir II-ojo (d-ro V. P. Tumasonio) pranešimų:

1. D-ras J. Žemgulys: Man tikrai buvo įdomu išgirsti prof. Al. Hagentorno teorija iš paties autoriaus. Ji daug reiškinių visai aiškiai ir lengvai išaiškina. Apskritai, atrodo, kad nervų ir jų sąsyjo sistemoje mums yra daug kas neaišku; pvz., sunkiai išaiškinamas sąsyjis tarp kojų padų ir nosies gleivinės: atšalus kojų padams, atsiranda iš nosies varvėjimas. Kurį laiką specialiai domėjausi klausimu, kur lokalizuojasi skausmai pilvo sienoje, vidaus organams susirgus. Apskritai imant, taip yra, kaip yra kalbėjęs pranešėjas, tačiau yra ir įdomių išimčių. Pvz., ligonis turi skaudamumą ileocekalinėje srityje, o operuodamas randi užsidegusį appendix'ą mažajame dubenyje, medialinėje linijoje. Arba vėl: rentgenologai mėgsta žymėti skaudamiausią punktą spaudžiant. Nekartą yra buvę, kad prašviečiant rentgeno spinduliais skaudamiausias punktas buvo nustatytas curvatura minor srityje, o randi nesveiką appendix'ą, kurį pašalinus skausmai išnyksta; ogi pažymėtoje projekcijoje nieko nerandi. Arba kartais žymimi skausmai dešiniojoje pilvo pusėje, kur operuodamas nieko nerandi, o randi carcinoma ventriculi aiškiai kairiojoje pusėje.

2. D-ras K. Pautienis: Kaip išaiškinti, kai skausmai lokalizuojasi, pvz., gimdymo metu in regione sacrali, o spinduliais ir vaistais veikiant begimdančiai nuo umbilicus iki symphysis skausmai sumažinami sacrum'o srityje?

3. Med. d-ras J. Meškauskas: Aš noriu paklausti, ar tarp skausmų ir atmosferos yra kuris nors tarpininkas? Ritmikos priežastimi buvo paimti atmosferiniai svyravimai. Man atrodo, kad yra kas nors daugiau. Pvz., gimdymų daugiau būna naktį negu dieną; tačiau mes dabar žinome, kad naktį daugiau funkcijuojąs hypophysis. Glikogeno susikrovimas kepenyse taip pat pareina nuo pancreas'o veikimo. Todėl aš noriu paklausti: kurią reikšmę turi endokrininė sistema skausmų ritmikoje?

4. D-ras J. Stasiūnas: Karo ligoninėje atsimenu 3 apendicito atsitikimus, kai ligoniai skausmus aiškiai lokalizavo dešiniojoje pilvo pusėje, o įdegę appendix'ai buvo rasti kairiojoje pusėje. Paros ritmikos apsireiškimai yra žinomi visiems. Pranešėjas mažai palietė tos ritmikos atsiradimo priežastis. Pranešėjas tą ritmiką sieja su tam tikromis paros

valandomis. Iš gyvenimo žinoma, kad po darbo visos funkcijos padidėja; taigi ritmikos klausimas reikėtų tirti sąsyjyje su žmogaus darbu; pvz., reikėtų patikrinti nakties darbininkai, kurie dirba naktimis, o dienos metu ilsisi; gal tuomet sąsyjis su paros valandomis nebūtų tokis aiškus.

5. D-ras B. Zacharinas: Skausmų mokslas yra labai komplikuotas ir daug reikalinga dar padaryti tyrimų. Dabartinis žmogus nėra lygus žmogui prieš 100 metų. Kas atsimena Val-de-Grace paveikslą, kur Napoleono chirurgas Larey amputuoja be anestezijos raitelį, kuris po amputacijos raitas nuvyksta į Paryžių; kas atsimena priešnarkozinę gadynę; kas žino, koks darbštus ir veiklus buvo Richelieu, nepaisant jo sunkaus fistulinio koksito, tas sutiks, kad mūsų ir anų žmonių nervų sistemos žymiai skiriasi.

Svarbi yra skausmų mokslo ta dalis, kur tiriamos kraujagyslės, kraujagyslių kraujo indai, jų apdangalai ir jų simpatinė nervų sistema. Apskritai, simpatinės nervų sistemos vaidmuo yra labai svarbus ir dar nevisai išaiškintas. Pakanka prisiminti, kad trombozavusi arterija nustoja veikusi kaip kraujagyslė, o veikia kaip nervas, kaip vazokonstriktorius.

Simpatinės nervų sistemos operacijų nepasisekimas pareina nuo netiksliai nustatytų indikacijų. Rumunų ir francūzų mokyklos labai daug dirba šituo klausimu, ypač rūpindamosios indikacijų klausimu.

6. Prof. Al. Hagentorno atsakymas: Kad skausmo problema yra komplikuota ir kad nervus sympathicus yra svarbus dalykas, tuo niekas neabejoja. Mano tikslas visai nebuvo galutinai išspręsti skausmo problemos, bet tik nurodyti kelią, kuriuo einant lengviau galima būtų ji suprasti.

7. D-ro V. P. Tumasonio atsakymas: (D-rui J. Meškauskui) Dienos periodikos priežastimi laikomi: 1) endokrininės liaukos, 2) vegetacinė nervų sistema, 3) nervų sritis ir 4) kosminiai faktoriai.

(D-rui J. Stasiūnui) Darbas ar valgis turi įtakos temperatūrai ar leukocitų kiekio padaugėjimui — jis (darbas) ritmiką keičia kreivės pakilimo ar nusileidimo laipsniu, bet pats nėra tos ritmikos priežastimi. T°-ros pakitimai yra stebėti dieną dirbantiems, o naktį dirbantiems taip pat rasta panaši į normaliai gyvenančių temperatūros eiga.

(D-rui A. Čeičiui) Mano pasakyta, kad vandens išskiriamas kiekis dienos metu didesnis negu naktį, todėl ir salyrgan'as skirtinas tada, kai organizmas mažiau gali veikti.

III.

Gyd. B. Zacharinas.
(Kaunas)

MĖGINIMAS ISCHIAS'Ą GYDYTI NOVOKAINO INJEKCIJOMIS Į PLEXUS SYMPATHICUS LUMBALIS SRITĮ.

Atsilankęs 1937 metais prof. Lerichе'o klinikoje Strasburge, kur man teko arčiau susipažinti su simpatinės nervų sistemos chirurgija, aš su kolegomis pradėjau šiek tiek taikyti tos sistemos chirurgiją.

Nustatydama indikacijas tam tikrai simpatinės nervų sistemos operacijai, Lerichе'o mokykla vartoja preliminarines novokaino injekcijas į tam tikrą simpatinės nervų sistemos sritį ar jos dalį kaip mėginimą ar test'ą. Pavyzdžiui: norint pašalinti ligoniui ganglion stellatum, jie keletą dienų prieš operuodami daro novokaino mėginamąją injekciją į ganglion stellatum

(tiksliau pasakius, į ganglion stellatum sritį), kad būtų patikrintas būsimos operacijos efektas. Arba, norėdami pašalinti II ir III liumbalinius mazgus su liumbaliniu kamienu, jie porą dienų prieš operuodami švirkščia novocain'o į tos simpatinės nervų sistemos sritį. Taip pat jie daro ir su n. splanchnicus ir t. t. Negavę teigiamojo nuo injekcijos efekto, jie n. sympathicus ablacijos netaiko, nes operacija naudos neatneš.

Visos tos injekcijos labai plačiai vartojamos, net dešimtimis per dieną, ypač į ganglion stellatum ir į II — III lumbalinių mazgų sritį.

Klinikoje tos injekcijos vadinamos injekcijomis į ganglion stellatum, ar į II—III liumbalinius mazgus, ar į liumbalinį kamieną, nors iš tikrųjų retai kada mūsų adata pataiko į patį ganglion ar į mazgą. Faktiškai novokainas, įšvirkštas į mazgų sritį, imbibuoja mazgus ar kamieną, ir šitos imbibicijos pagelba pasiekiamas reikiamas efektas, resp. novokainizacija.

Tos injekcijos vartojamos ne tik kaip test'as, kaip mėginimas, kaip bandymas, kaip būdas patikrinti būsimos operacijos efektą, bet ir terapijos tikslams, k. a., skausmams nuraminti tam tikrose n. sympathicus'ui priklausančiose srityse.

Leiskite trumpai papasakoti apie liumbalinių injekcijų techniką. Ji nėra nei sudėtinga, nei sunki, ir L e r i c h e'o nuomone ji lengviau padaryti, negu aprašyti ar atpasakoti. 10—12 cm. ilgio, 6—10 mm. storio stipri adata įduriama 2—2½ skersinių pirštų viršuje crista ilei ir 2—2½ skersinių pirštų išoriai nuo liumbalinio slankstelio, dažniau II-trojo, processus spinosus. Adata stumiama ne perpendikuliariai, o kiek medialiai, į corpus vertebrae pusę, kad būtų pasiektas kontaktas su corpus vertebrae. Kai kada dviejų - trijų centimetrų gilumoje tenka susidurti su processus transversus, kuris reikia apeiti iš viršaus, ar iš apačios, kur arčiau. Kada jaučiamas adatos galas, suėjęs į kontaktą su corpus vertebrae, reikia adata, kiek patraukus atgal, atsargiai stumti pirmyn, jau kiek stačiau, netaip medialiai kaip pradžioje, prisilaikant paraleliai corpus vertebrae, priešakinio slankstelio krantui pasiekti. Ten, padengtas iš pilvo pusės užpakaliniu peritoneum'u su jungiamųjų audinių ir nedideliu riebalų bei liaukų kiekio pamušalu, kuriame eina stambieji indai — aorta ir v. cava, guli pats simpatinis kamienas su savo mazgais. Jis guli prie pat slankstelio kaulo (net ant kaulo) iš priešakio, o stambieji indai kaulo, resp. slankstelio neliečia ir kiek atskirti nuo jo jungiamaisiais riebaliniais audiniais.

Gilumoje adata tenka įstumti neriebiam subjektui 6—7 centimetrus nuo odos paviršiaus, riebesniam 7—8—9 cm. Reikia tikrinti, ar neina pro adatą cerebro - spinalinis skystis, t. y. ar pateko adata, stumta per daug medialiai, į spinalinį kanalą? Reikia žiūrėti, ar eina iš adatos kraujas, t. y. ar per giliai įstumtos adatos pradurtas kuris nors stambesnis indas? Susidūrus

su šitomis komplikacijomis, tenka adata kiek patraukti, ir pakeisti jos linkmė bei gilumas.

II liumbalinis simpatinis mazgas, už visus kitus stambesnis, yra maždaug II-ojo liumbalinio slankstelio aukštumoje. Jis yra mūsų taikinys ir Strasburgo mokykla vadina jį „le point d'élection de la section physiologique du sympathique par novocainisation". Mokykla mano, kad užtenka tos srities novokainizacijos, norint pasiekti reikiamąjį efektą. Retkarčiais vartojama I ar II-ojo mazgo novokainizacija, dar rečiau visų trijų mazgų kombinuota novokainizacija.

Kaip medikamentas vartojamas 1% novocain'o tirpinys be adrenalino, 20,0 kad būtų infiltruota (jei leisite pavartoti tą žodį) tikriau ir pilniau plexus'o sritis ir kad tuo būdu būtų gautas reikiamasis efektas. Retkarčiais kartotinėmis injekcijomis mes vartojame stambesniems pacientams 30,0 1% sol. novocaini.

Injekcijos daromos sėdinčiam ligoniui maždaug toje pačioje pozicijoje, kaip kad daroma spinalinė anestezija. Tik flebitikams ūminėje stadijoje ar po operacijos silpnesniems ligoniams injekcija taikoma ant šono gulinčiam ligoniui.

Kaip jau esu minėjęs, injekcijos taikomos mėginimui, test'ui, kad būtų nustatyta, ar operacija plexus sympathicus ablacija duos efektą. Injekcijos daromos ir kartotinai kaip gydymo priemonė ten, kur ablacijos operacija negalima taikyti del sunkaus ligonio stovio, jo amžiaus ir t. t., bet kur būtinai reikia padėti ligoniui, ypač norint sumažinti ar nuslopinti jo skausmus, ar sukelti periferijoje, galūnėse hiperemiją, pagerinus kraujo apytaką. Yra daug atsitikimų, kur kartotinės injekcijos nors ir laikinai, nors ir aprėžtam laikui duoda tą patį fiziologinį efektą, kaip ir liumbalinio plexus'o pašalinimas.

Plexus lumbalis novokainizacija taikoma šiais atsitikimais:

1) esant apatinių galūnių arteriitams, norint nuraminti skausmus ir pagerinti kraujo apytaką;

2) esant indų spazmams ir net embolijoms, norint, be skausmų nuslopinimo, sukelti dar arterijos dilataciją ir tuo būdu gal išvengti operacijos;

3) esant pooperaciniams flebitams, norint nuslopinti skausmus ir sumažinti (resp. pašalinti) ėdemą;

4) esant vazomotoriniams sindromams su galūnių cyanoze, funkcijos sutrikimu, atšalimu ir net osteoporoze; ir šitais atsitikimais injekcijos gali padėti išvengti periarterijinės simpatektomijos operacijos;

5) esant apatinių galūnių arthritis dolorosa, kur injekcijų pagelba pavyksta kai kada nugalėti skausmai ir pašalinti kontraktūros;

6) esant skaudamai poamputacinei kultei;

7) ten, kur po apatinių galūnių sąnarių operacijų ar menisko pašalinimo norima pagreitinti sąnarių funkcijos grįžimas;

8) ten, kur reikia padėti vazodilatacijai, tarytum po arteriektomijos ar esant indų spazmui.

Žodžiu, visais tais atsitikimais, kur norima nuslopinti apatinių galūnių skausmai ir sukelti periferijoje vazodilatacija su vietine hiperemija.

Beveik tuojau po injekcijos, praslinkus maždaug 3—5 minutėms, ligonis praneša, kad jaučiąs kojose šilumą, kiek vėliau pranykstą skausmai.

V. D. U. Chirurginėje klinikoje savo laiku nuo 1924 metų, norint sukelti apatinių galūnių hiperemiją, mes pradėjome gana plačiai taikyti novokaino, fiziologinio skiedinio su spiritu injekcijas į foramen ischiadicum majus. Tuo metu vartojome H a e r t e l'io techniką. Gavome visai neblogų rezultatų ir buvome ta metode patenkinti. Tas pačias injekcijas vartojome ir ischias'ui gydyti, taip pat sėkmingai. Retkarčiais turėjome visai nedidelių komplikacijų, daugiau subjektyvaus pobūdžio. Jei klinikos vyresnieji kolegos, kurie tada su mumis ten dirbdavo, prisimins per tą laiką kurių nors didesnių komplikacijų, gal sutiktų apie tai čia papasakoti diskusijose. Aš pats komplikacijų neatsimenu.

Apie mūsų patyrimus su injekcijomis į foramen ischiadicum majus aš papasakojau L e r i c h e'ui ir jo bendradarbiams. L e r i c h e, gana akylai išklausęs, tuojau pradėjo nagrinėti galimas komplikacijas ir net pavojus sąsyjyje su nervus ischiadicus maltretavimu injekcijomis fiziologinio skiedinio su alkoholiu. „Pagaliau", — pasakė L e r i c h e, — „kam vartoti pavojingesnis ir sunkesnis techniškai būdas, kada turite visai paprastą ir absoliučiai nepavojingą kitą būdą".

Grįžęs iš Strasburgo pradėjau su kolegomis taikyti novokaino injekcijas į simpatinius mazgus bei plexus'ą, prisilaikydamas L e r i c h e'o mokyklos nurodymų bei technikos.

Pradėjome taikyti tą būdą ir ischias'o terapijai.

Apie ischias'o gydymo injekcijomis į plexus sympathicus literatūroje nieko neradau. Tarp man prieinamų iš Strasburgo klinikos gautų darbų radau L e r i c h e'o ir F o n t a i n'o pranešimą X-am tarptautiniam chirurgų kongresui Kaire „La chirurgie du sympathique lombaire". Ten tarp 152 paskelbtų liumbalinio plexus sympathicus ablacijų radau 5 atsitikimus, operuotus del sunkaus ischias'o. Iš jų dvi operacijos liko be rezultatų — skausmai nepranyko, dviem atsitikimais gautas žymus pagerėjimas ir vienu atsitikimu — labai geras rezultatas. Operacijų tikslas buvo pagerinti šaknelių vaskuliarizaciją ir tuo būdu pašalinti skausmus. Pranešimo autoriai yra tos nuomonės, kad operacija indikuotina esant šaknelių ischias'ui (radikulitui), kuris nepasiduoda konservatyviai gydomas. Tais atsitikimais reikia mėginti liumbalinė simpatektomija. Ar buvo prieš opera-

ciją pavartota preliminarinė novokainizacija, pranešime nepasakyta.

Mūsų gydytų ligonių tarpe (iš viso turėjome 12 atsitikimų) dauguma buvo jau kitur gydyta įvairiais būdais. Mūsų pacientų tarpe refrakterų mes neturėjome. Didelė ligonių dalis (8) pasveiko visiškai po 2—3 injekcijų, maximum po 4-ių. Mažesnė ligonių dalis (4) pagerėjo. Vienas iš tų 4-ių geriau būtų visiškai išbraukti, nes jis po pirmosios injekcijos, pajutęs nedidelį pagerėjimą, nuo tolimesnių injekcijų atsisakė. Iš pagydytų aštuonių 2-iem injekcijos pakartotos po 6 ir 8 mėnesių. Po dviejų kartotinių injekcijų abu pareiškė esą visai sveiki ir jokių skausmų nebeturį. Abu yra visiškai sveiki daugiau kaip metus.

Iš visų ligonių leiskite trumpai paminėti įdomesnius.

1. **G-as Richardas,** 36 m. amžiaus, serga nuo 1935 m. Neuropatas, vaikščioja sukreivėjęs, dirbti sunku, nors ir dirba. Nuolat skauda kairiąją koją. Įvairiai buvęs gydytas nesėkmingai.

Pirmoji injekcija į plexus lumbalis 1938 m. XII. 5 d. Per 1 val. nutirpo koja ir pasireiškė dideli skausmai visoje kairiojoje pusėje. Tuo pačiu laiku kairiosios šlaunies viršus nutirpo, visa koja pasidarė šilta.

Kitą dieną šilima sumažėjo, skausmai palengvėjo.

Po injekcijos trečią dieną skausmai dar sumažėjo ir savijauta žymiai pagerėjo.

Antroji injekcija 1938. XII. 10 d. Praslinkus 30 min. po injekcijos, kair. koja nutirpo, pradėjo svaigti galva ir pasireiškė šilima visame kūne.

Trečią po injekcijos dieną didelis pagerėjimas. Gali laisvai judėti visu kūnu, dirbti fizinį darbą nejausdamas beveik jokių skausmų. Prašo dar kartą įleisti vaistų, nes, sulaukęs didelio pagerėjimo; tikisi visai pagysiąs.

Trečioji injekcija 1938. XII. 17 d. Praėjus savaitei po paskutinės injekcijos ligonis jaučiasi esąs visai sveikas.

2. **N-as Antanas,** 35 m. amžiaus, serga nuo 1930 m. Dirbti negalįs, gydosi, gavo vakcineurino, betaksino, ol. camphoratum injekcijas į hiatus sacralis.

I injekcija 1938. IX. 20 d. Tuojau po injekcijos pajuto visame kūne šilimą ir kairiojoje kojoje pasunkėjimą. Praėjus pusei val. po injekcijos seni ūmūs skausmai sumažėjo, o po 1 val. skausmus jutęs labai mažai. Trims dienoms praslinkus grįžo pirmykščiai smarkūs skausmai.

II injekcija 1938 m. X. 1 d. Praslinkus 5—10 min. po injekcijos pajuto šilimą visame kūne, ypač kairiojoje kojoje. Praslinkus pusei val. skausmai pradėjo mažėti ir jų mažėjimas truko tris dienas. Vėliau skausmai grįžo, tik mažesni negu anksčiau.

III injekcija 1938. X. 15 d. Keturias dienas po injekcijos jautėsi gerai, tik vėliau iš palengvo skausmai atsirasdavo laikas nuo laiko visai trumpai valandėlei.

IV injekcija 1938. XI. 5 d. 4-tą po injekcijos dieną skausmų beveik neturi, kairiosios kojos judesiai pasidarė laisvesni ir neskausmingi. Praėjus savaitei po paskutinės injekcijos visiškai pasveiko.

3. Mūsų vieno kolegos pusbrolis, 46—47 m. amžiaus žmogus, greičiau astheniško tipo. Serga jau pusę metų. Po visokių elektrizacijų ir medikamentinio gydymo nuvyko į Birštoną. Ten išbuvęs 3 savaites, liovėsi gydęsis ir grįžo į Kauną pablogėjęs ir su dar didesniais skausmais kaip kad prieš nuvažiuojant į Birštoną. Vienas mano bendradarbis, padaręs jam 2 parasakralines novokaino injekcijas ir negavęs rezultatų, pasiūlė jam plexus lumbalis novokainizaciją. Ligonis sutiko ir po dviejų

novokaino injekcijų su 5 dienų protarpiu, išvyko namon sveikas be skausmų, paprašęs tik del viso ko padaryti jam prieš kelionę dar 3-čią injekciją, kad liga nesikartotų.

Sunku įvertinti mūsų nedidelė medžiaga ir mūsų rezultatai. Beveik visi ligoniai kitur buvo gydomi kitaip, k. a.: diatermija, trumpųjų bangų terapija, įvairių įvairiausiomis elektrizacijomis, kurortiniu gydymu, medikamentiniu, įvairiomis frikcijomis, injekcijomis ir t.t. Gal tos buvusios terapijos, mūsų novokainizacijos palaikytos, ir vice versu, davė teigiamus rezultatus, patikrino gydymo efektą? Gal dumblas, medikamentai, injekcijos, šilima ir kitos priemonės, pavartotos anksčiau mūsų novokainizacijos, ir buvo tais būtinais ingredientais, be kurių mūsų į simpatinius mazgus bei kamieną injekcijos rezultatų nebūtų davusios.

Atsakyti į šitą klausimą neįmanoma, bet apeiti jo be rezervo taip pat negalima.

Diskusijos del III-iojo (d-ro B. Zacharino) pranešimo:

1. D-ras Al. Dumbrys klausia pranešėją d-rą B. Zachariną, ar novokaino injekcijos į plexus sympathicus lumbalis sritį turi teigiamos įtakos gangraena pedis gydymui?

2. D-ras J. Žemgulys: Pranešėjo aprašytasis vaizdas po novokaino injekcijos į liumbalinius simpatinius mazgus yra gana panašus į vaizdą, kuris gaunamas po β-eukaino sakralinės injekcijos. Tačiau sakralinė injekcija yra nepalyginti lengvesnė negu liumbalinė. Apskritai, simpatinio nervo intervencijos kol kas praktiškos reikšmės mažai teturi, bet yra viliojančios. Del to aš su malonumu apie tat klausiau anąmet d-ro V. K. Burbos, o šįmet d-ro B. Zacharino pranešimų.

3. Doc. V. Kanauka: Kodėl Leriche mano, kad injekcija į n. ischiadicus pro foramen ischiadicum majus yra komplikuotesnis ir pavojingesnis veiksmas, negu injekcija į ganglion sympathicum lumbale? Man atrodo visai atvirkščiai.

4. D-ras J. Stasiūnas: Gydant ischias gaunama gerų padarinių ir taikant β-eukaino injekcijas į patį nervą — į foramen ischiadicum. Šita metodė atrodo daug paprastesnė, lengvesnė ir po jos galima laukti mažiau komplikacijų. Be to, ischias gydant labai gerų padarinių gaunama taikant kvarco lempos eriteminėmis dozėmis švitinimus.

5. Prof. Al. Hagentornas: Ischias'ą gydant prieš įduriant ir suleidžiant vaistus reikėtų panaudoti visi konservatyvaus gydymo būdai. Man teko matyti d-ro J. Gintylos klinikoje labai gerų ir pastovių konservatyvaus gydymo padarinių, su arti 100% pasveikimo tipiškais ischias'o atsitikimais. Injekcijų eilės vis delto kankina ligonius.

6. D-ro B. Zacharino atsakymas: Visi ischias'o gydymo būdai remiasi svarbiausiai hiperemija ir anestezija, bet ypač hiperemija. Seniausias ischias'o gydymo būdas — injekcija į foramen ischiadicum majus — veikia tiesiog vazokonstriktorius, paralyžiuodamas juos ir tuo būdu sukeldamas vazodiliataciją. Taip pat ir visi kiti gydymo būdai ir vadinamasis d-ro J. Gintylos būdas (kvarco lempa, rentgenas ir kt.) veikia sukeldamas hiperemiją.

Leriche alkoholio įšvirkštimą laiko n. ischiadicus maltretacija.

7. Doc. V. Kanauka: Turiu pabrėžti, kad ischias'o skausmams sumažėti, gangrenoms atsiriboti, opoms gyti veikia ne vien alkoholio injekcijų sukelta hiperemija, bet ir novokaino injekcijų sukeltas anestezijos blokas.

IV.

Priv. - doc. med. d-ras V. Kanauka.

PERIDURALINĖ ANESTEZIJA PAGAL DOGLIOTTI.

(V. D. U. Chirurginė klinika. Vedėjas — prof. A. Hagentornas).

1931 m. Dogliotti paskelbė savo periduralinės anestezijos metodę, pavadinęs ją „periduraline segmentine anestezija“. Jos esmė yra ta, kad anestezuojamasis tirpinys nugaros kanale suleidžiamas ne į spatium subarachnoidale, kaip tai daroma su liumbaline anestezija pagal Bier'ą, bet į tarpą, esantį išoriau nuo dura mater, tarp pastarosios ir nugarkaulio kanalo sienelės. Čia anestezuojamasis tirpinys gali veikti nervus išoriau nuo nugaros smegenų apvalkalų, visiškai neliesdamas pačių nugaros smegenų ir nervų šaknelių viduje smegenų apvalkalų. Tuo būdu siekiama išvengti kai kurių neigiamų reiškinių, susijusių su liumbaline anestezija pagal Bier'ą.

Pasiūlytoji metodė turi rimtą anatominį pagrindą. Stuburo kanalo forma skersiniame pjūvyje beveik apvali; ją apriboja: iš priekio slankstelių kūnai ir tarpslankstelinės kremzlės, iš šonų ir iš užpakalio slankstelių lankeliai, o tarpus tarp lankelių užpildo lig. flavum intervertebrale. Pro tarpslankstelines angeles (foramina intervertebralia) galima kartu su nervų šaknelėmis patekti iš stuburo kanalo į išorę. Beveik visą stuburo kanalo spindį užpildo nugaros smegenys su savo trimis apvalkalais ir tarp jų esančiais plyšeliais. Tarp dura mater ir tarp stuburo kanalo sienelės lieka plyšelis — spat. peridurale (s. epidurale). Šitą plyšelį užpildo riebalinė narveliena, be to, jame yra stuburinių venų tinklas ir kartais jungiamojo audinio raišteliai, jungiantieji dura mater su kanalo siena. Šitas plyšelis, nors yra palyginti siauras, tačiau pakankamas, kad galima būtų jis punktuoti ir į jį suleisti anestezuojamasis tirpinys.

Dura mater spinalis viršuje, prie for. occipitale magnum, būna priaugusi prie pakaušio kaulo periosto, o apačioje prie įėjimo į sakralinį kanalą prie kryžkaulio periosto. Tuo būdu anestezuojamasis tirpinys, kildamas aukštyn pro spatium peridurale, jokiu būdu negali patekti į kaukuolės tuštimą ir paveikti pailguosius smegenis, taip pat nepatenka į kryžkaulio kanalą ir nepaveikia sakralinės srities nervų; dubens dugno ir apatinių galūnių anestezija tuo būdu nepasiekiama. Paprastai anestezijos plotas, duriant apatinių torakalinių ar viršutinių liumbalinių slankstelių aukštumoje, tęsiasi nuo spenelių aukštumos iki lig. Pouparti.

Teoriškai sprendžiant, 50 ccm. tirpinys, pavartotas anestezijai, turėtų užpildyti visą spatium peridurale, nuo for. occipitale iki sacrum. Tačiau, kaip eksperimentai su lavonais (Lisovskaja) rodo, iš tikro taip nebūna; anestezuojamasis tirpinys

aukštyn paprastai nepakyla aukščiau VII cervikalinio slankstelio. Be to, suleistų skysčių spaudimas atsitolinant į viršų ir žemyn nuo suleidimo vietos palaipsniui mažėja ir I torakalinio slankstelio aukštumoje, taip pat žemai prie sacrum, spaudimas būna visai mažas ir anestezuojamasis tirpinys čia labai mažai gali išsispausti pro foramina intervertebralia, kad paveiktų nervus. Atvirkščiai, aukštumose, artimose suleidimo vietai, anestezuojamojo tirpinio spaudimas esti didesnis, čia tirpinys išsispaudžia pro for. intervertebralia kartu su nervais, kaip eksperimentai parodo, per 2—3 cm., pasiekia nervų vietas jau laisvas nuo dura mater apvalkalėlio, kurį jie yra gavę išeidami pro dura mater; tuo būdu nervai, gretimi su suleidimo vieta, anestezuojami daugiausia, žymiai daugiau negu tolimesnėse vietose.

Darant periduralinę anesteziją, tenka atlikti techniškas uždavinys, būtent, įdurti adata į spatium peridurale ir ten sustoti. Jeigu sustosime per arti, nepriėję periduralinio plyšio, anestezuojamasis tirpinys išsilies į aplinkinius stuburui audinius ir anestezijos nebus. Jeigu nueisime per toli ir pasieksime spat. subarachnoidale, tada gausime liumbalinę anesteziją, šituo atveju pavojingą, kadangi bus suleistas į subarachnoidinį tuštimą perdaug didelis anestezuojamo tirpinio kiekis.

Patsai D o g l i o t t i laiko reikšmingomis kai kurias techniškas smulkmenas ir nurodo metodę, kurios pataria laikytis. Pasak jo, mes, darydami liumbalinę punkciją, sutinkame pasipriešinimus adatai dviejose vietose (su sąlyga, kad adata eina teisinga kryptimi ties vidurine linija ir neatsiremia į kaulą): vieną — ties ligamentum flavum intervertebrale ir antrą — ties pačia dura mater. Šitie pasipriešinimai eina viens po antro, bet juos rankos jautrumas gali justi. Jeigu pradėtume leisti anestezuojamąjį tirpinį, adatai dar nepraėjus pro lig. flavum, kamštis pajustų pasipriešinimą, skysčiai eitų sunkiai, panašiai, kaip anestezuojant randus. Kai tiktai adata patenka į epiduralinį tarpą, bematant skysčiai pro adatą pradeda labai lengvai eiti, lyg kad adata būtų patekusi į tuščią vietą; nuėmus švirkštą atgal pro adatą skysčiai nelaša. Šitas pastarasis požymis yra geriausias įrodymas, kad adata yra epiduraliniame tarpe. Jei pastumtume adatą toliau, pradurtume dura mater ir patektume į subarachnoidinį tarpą, anestezuojamasis tirpinys duotųsi taip pat lengvai prastumiamas, bet švirkštą nuėmus pro adatą lašėtų cerebro-spinalinis skystis; skysčių pro adatą ryškesnis atbulas lašėjimas visuomet rodo, kad adata yra patekusi į subarachnoidinį, o ne į periduralinį tuštimą.

D o g l i o t t i technika šitokia. Adata duriama tarp proc. spinosus dviejų slankstelių pasirinktoje aukštumoje ir stumiama tarp jų, griežtai prisilaikant vidurinės linijos. Kai tiktai adata sutinka lig. flavum pasipriešinimą, patariama išimti mandrenas ir mėginti švirkšti fiziologinis tirpinys, skysčiai sutinka pa-

sipriešinimą; vos tik adata praeina pro lig. flavum, skysčiai pradeda labai lengvai praeiti, nesutikdami jokio pasipriešinimo; tuomet švirkštas nuimamas ir žiūrima, ar nelaša pro adatą cerebrospinalinis skystis, jeigu nelaša, suleidžiama pirmoji dozė: 10 ccm. 1% novokaino tirpinio su adrenalino (suprarenino) priemaiša ir laukiama 5 minutes. Jeigu per tą laiką gaunamas kojų nutirpimas, tai rodo, kad patekta į subarachnoidinį tuštimą ir jau yra liumbalinė anestezija; suleistas maksimalinis novokaino kiekis, kuris galima pavartoti liumbalinei anestezijai, ir adata reikia ištraukti.

Jeigu per 5 min. kojos nenutirpsta, tuojau suleidžiama dar 20 ccm. tokio pat tirpinio ir po to, palaukus 2—3 min., suleidžiamas likusis tirpinys iki 50—60 ccm.

Pacientas guldomas ant operuojamojo šono ir laukiama 15 min., per kurį laiką turi įvykti laukiama anestezija. Jeigu pjūvis pacientui daromas ties vidurine linija, pacientas guldomas ant nugaros ir laukiama, kol anestezija pradės veikti. Anestezija įvyksta per 15—20 min. po suleidimo; retai tenka ilgiau laukti. Anestezija trunka apie 1 valandą.

D o g l i o t t i pasiūlė vartoti šitai anestezijai 50 ccm 1% novokaino tirpinio, pridėjus keletą lašų adrenalino (suprarenino). Jei yra reikalo gauti anastezija siauresniame, keleto segmentų aprėžtame, plote, tai galima pavartoti mažesnis tirpinio kiekis, padarius dūrimą atitinkamoje aukštumoje.

Yra pasiūlyta (G o d ž i e v) vartoti mažesnės koncentracijos, bet didesnis anestezuojamojo tirpinio kiekis, pvz., 0,75% 70—80 ccm. Man pačiam teko pavartoti tokis tirpinys keletą kartų ir negavau įspūdžio, kad anestezija išeitų geresnė. Teoriškai atrodytų atvirkščiai: nervų stiebus geriau anestezuoja didesnės koncentracijos tirpiniai. Be to, vieną kartą, pavartojęs 0,75% tirpinį 80 ccm ir dūręs tarp 11—12 krūtinės slankstelių, gavau viršutinių galūnių nutirpimą. Matyti, čia suleistas tirpinys pakilo labai aukštai ir paveikė plexus brachialis šakneles kaklo srityje. Jokių komplikacijų nuo to neįvyko, bet galima būtų bijoti veikimo abiems n-vi phrenici ir gauti alsavimo pasunkėjimą. Bet ta baimė, tur būt, tiktai teoriška. Nurodoma (O d o m), kad periduralinė anestezija paveikianti juntamuosius nervus; judomųjų nervų jinai neveikianti ir alsavimo sutrikimų nebūną, net ir labai aukštai padarius periduralinę anesteziją.

Ne visi prisilaiko technikos, nurodytos paties D o g l i o t t i; pvz., kai kurie, punktuodami nugaros kanalą, pirmiau pasiekia subarachnoidinį tuštimą, t. y. stumia adatą tol, kol pradeda lašėti cerebro-spinalinis skystis; po to adatą patraukia atgal, iki sustoja lašėjęs cerebro-spinalinis skystis, kas turi reikšti, kad adata yra išėjusi iš subarachoidalinio tuštimo, yra periduraliniame tuštime ir jau galima leisti anestezuojamas skystis. Kad pro padarytą smegenų plėvėse skylutę prasiveržtų į subrachoi-

dinį tuštimą novokaino tirpinys, nesibijoma, nes ten spaudimas daug didesnis negu periduraliniame tuštime. Pastarojo spaudimas laikomas neigiamu ir net mėginama punktuojama adata dūrimo metu jungti su manometru, kad tuo būdu pagal manometro susvyravimą būtų pastebimas momentas, kada adata pasieks periduralinį tuštimą.

Man porą kartų pasitaikė netyčiomis pakliūti į subarachnoidinį tuštimą ir prieš savo norą buvau priverstas aukščiau minėta metode pasinaudoti. Nors jokių komplikacijų nuo to neturėjau, bet naudotis tokia metode nėsu pasiryžęs.

Literatūroje yra gana daug statistikos duomenų apie periduralinės anestezijos vartojimą.

Štai keletas didesnių statistikų:

Dogliotti (1931 met.) 100.
Gadžiev (1938 met.) 100.
Odom 500 (5% nepavyko, 1 mirties atsitikimas).
Gutierrez 3.000 (2 mirties atsitikimai).

Žinomi iš viso 3 mirties atsitikimai. Odom 285 anestezijoms turėjęs 1 mirties atsitikimą silpnai 82 metų senei, sirgusiai hernia umbilicalis incarcerata.

Gutierrez iš 3.000 turėjęs 2 mirties atsitikimus, seniams, turintiems daugiau kaip 60 metų, sergantiems širdies ydomis.

Pagal bendrus atsiliepimus periduralinė anestezija pavykstanti 80% atsitikimų.

Aš pats periduralinę anesteziją pradėjau vartoti praėjusiais 1938 metais; vartojau retai, bet sistemingai stengiausi išmėginti šitą anestezijos būdą įvairioms pilvo ir liumbalinės srities operacijoms.

Iki šiol esu pavartojęs ją 20 kartų.

Paveikė labai gerai . . . 8 atsitik.	75%	pavyko.
Paveikė patenkinamai . . 7 atsitik.		
Visiškai nepaveikė . . . . 3 atsitik.	25%	nepavyko.
Gauta komplikacijų . . . 2 atsitik.		

Pacientai nejautė jokio skausmo, ir čia periduralinei anestezuojamas tirpinys buvo suleistas ne į periduralinį tuštimą, bet kur nors išoriau, į raumenis. Patenkinamu laikau tokį anestezijos veikimą, kur pacientai jausdavo nemalonumą arba skausmą, bet buvo galima operuoti. Tiktai 3 iš 7 reikėjo pridėti maža svaiginamoji narkozė.

Tie, kuriems anestezija gerai paveikė, buvo operuoti šiais atvejais:

4-iems — inkstų operacijos,
1-am — skilvio rezekcija,
2-iem — appendectomia,
1-am — hernijos operacija.

Pacientai nejautė jokio skausmo, ir čia peridurialinei anes-

tezijai negalėjo prilygti jokia vietinė ar regioninė anestezija, kaip, pvz., n. splanchnicus anestezija skilvio rezekcijai.

Tie, kuriems patenkinamai paveikė, buvo operuoti šiais atvejais:

1-am — skrandžio rezekcija,
4-iems — laparotomijos su pilvo organų revizija, + appendectomia 2 kartus ir anus praetern. 1 kartą,
1-am — hernijos operacija,
1-am appendectomia.

Turėjau 2 mažas komplikacijas šiais atsitikimais:

1. Suleidus 20 ccm pradėjo tirpti kojos ir atsirado vėmimas; aišku buvo, kad čia anestezuojamasis tirpinys buvo suleistas į subarachnoidinį tuštimą. Tuojau padariau liumbalinę punkciją tarp 3—4 liumbal. slankstelio ir nuleidau 10 ccm. cerebro-spinalinio skysčio; vėmimas tuojau liovėsi ir apendikso operaciją tęsiau infiltracinėje anestezijoje be jokių komplikacijų.

2. Sena moteriškė, turinti gana didelę skoliozę dešiniojoje pusėje. Rengiausi operuoti hydrops vesicae felleae. Padarius periduralinę anesteziją, kuri gerai paveikė, gautas kraujospūdžio kritimas nuo 115 iki 85 ir pacientę pradėjo piktinti; operacija teko atidėti kitai dienai. Nemanau, kad čia buvau patekęs į subarachnoidinį tuštimą, nes, suleidus 50 ccm. 1% novokaino, nebuvo jokių kojų nutirpimo ir apskritai iš visų reiškinių aš buvau tikras, kad adata pateko, kur reikia, t. y. į periduralinį tuštimą. Bet vienas reiškinys atkreipė mano dėmesį: pro adatą buvo nulašėję atgal pora lašų suleisto novokaino su kraujo priemaiša. Kad nulašėjo atgal pora lašų suleisto novokaino, tatai nieko nereiškia, nes stuburas buvo skolioziškas, periduralinis plyšys stubure, matyti, buvo sumažėjęs; tirpinys pro adatą ėjo sunkiau negu visuomet, nes periduraliniame tuštime spaudimas greitai pakilo, ir kad novokainas nulašėjo atgal pro adatą, del to stebėtis netenka. Bet kraujo pasirodymas išlašėjusiame novokaine turi reikšti, kad buvo kuriuo nors būdu sužalotos periduralinio tuštimo venos; novokaino didesnis kiekis pateko tiesiog į kraujo srovę ir sukėlė intoksikaciją, kuri pasireiškė piktinimusi ir kraujospūdžio kritimu. Venos galėjo būti sužalotos arba paprastai adata duriant arba net galėjo įplyšti del perdidelio susiaurėjusio periduralinio plyšio išplėtimo. Paskutinis galimumas ir patikimesnis.

Literatūroje panašių pastabų del galimumo patekti novokainui į periduralinio tuštimo venas nesutikau, bet su tokiu galimumu reikia skaitytis.

Apskritai, stuburo deformacijos, uždegimo procesai, ar kiti stuburo susirgimai reikia laikyti rimta kontraindikacija periduralinei anestezijai.

Periduralinė anestezija pagal Dogliotti yra kruopšti intervencija, techniškai sunkesnė už kitus anestezijos būdus, bet šiaip nėra pavojinga, prisilaikant visų atsargumo taisyklių. Jinai nesunkina nei alsavimo, nei kraujo apytakos, nei apskritai operuojamojo paciento stovio. Pacientai jaučiasi po jos daug geriau, negu po bendrinės narkozės, liumbalinės anestezijos ar kitų vietinės anestezijos būdų.

Kad ji galima taikyti ir labai sunkiems, turintiems nusilpusią kraujo apytaką, pacientams, rodo šis ryškus pavyzdys:

Pacientui, sirgusiam sunkiu peritonitu ir turėjusiam atšalusias galūnes, buvo padaryta periduralinė anestezija operacijai. Anestezija gerai pavyko, bet paskutiniu momentu, del blogo paciento stovio nuo operacijos atsisakyta. Anestezija nė kiek paciento stovio nepablogino ir jisai tokiame sunkiame stovyje beveik parą dar išgyveno.

Periduralinės anestezijos negalima labai plačiai taikyti. Pirmiausia, jinai veikia aprėžtame plote, daugiausia apima liumbalinę ir pilvo sritis.

Jos veikimas trunka apie 1 val., užtatai netenka jos taikyti ten, kur operacija gali trukti ilgiau negu 1 valandą.

Patsai anestezijos padarymas su laukimu, iki jinai pradės veikti, taip pat užima 30 min.; tat palyginti taip pat ilgokas laikas.

Jeigu periduralinė anestezija nepaveikia ir reikia čia pat pavartoti kitas vietinės ar bendrinės anestezijos būdas, tai nereikia užmiršti, kad jau buvo pacientui suleista 50 ccm 1% novokaino kiekis, kuris palyginti yra gana didelis ir žymiai aprėžia kito anesteticum'o kiekį.

Del visų šitų sumetimų periduralinės anestezijos indikacijos tenka smarkiai aprėžti. Bet kaikur jinai nepamainomai yra gera. Ypačiai jinai tinka inkstų ir ureterių operacijoms, taip pat laparotomijoms, kurios gali būti atliktos per 1 val.

Štai pavyzdys:

Pac. G., sergąs uždara deš. inksto pyonefroze, žymia myodegeneratio cordis ir blogai funkcijuojančiu kairiuoju inkstu. Karščiuoja, bendrinės infekcijos pavojus, indicatio vitalis dešiniajam inkstui pašalinti.

Operacija periduralinėje anestezijoje. Rasta sunki pyonefrozė, suaugusi su gretimais organais ir prakiurusi į perirenalinę narvelieną. Inkstas pašalintas, pacientas operaciją gerai pakėlė ir pasveiko.

Šituo atsitikimu bendrinė anestezija buvo pavojinga, infiltracinė ir slenkančio infiltrato anestezija buvo neįmanoma del pakitimų perirenalinėje narvelienoje. Tik periduralinės anestezijos dėka šitam pacientui galima buvo sėkmingai pašalinti inkstas.

Nors periduralinės anestezijos plačiai vartoti negalima, bet kaikuriais atvejais jinai gali mums daug padėti ir užtatai manau, kad kiekvienam chirurgui yra naudinga susipažinti su jos technika.

Literatūra.

1. Dogliotti, A. M.: Eine neue Methode der regionären Anästhesie: Die peridurale segmentäre Anästhesie. „Zentralbl. f. Chir." 1931 m., 3141 p.
2. Gadžiev, Ch.: Ob ekstraduralnoi anestezii. „Chirurgija" 1938 m. 6 nr. 59 p.
3. Henninger, H.: Die peridurale segmentäre Anästhesie bei urologischen Operationen. „Z. O. f. Chir." 82 sąs. 297 p.
4. Lisovskaja, S: Anatomičeskoje obosnovanie periduralnoi anestezii po Dogliotti. „Urologija". 1938 m. 15 t. 4 p.
5. Odom, Charles B.: Epiduralanaesthesie. Ref. „Z. O." 82 sąs. 578 p.
6. Sofus Wideroe: Uber Dogliottis peridurale Anästhesie, besonders bei Nierenoperationen. Ref. „Zbl. f. Chir." 1936 m. 2019 p.

Zusammenfassung.

Peridurale Anästhesie nach Dogliotti.

Angewandt in 20 Fällen. Technisch ausgeführt genau laut Anweisungen Dogliottis. Gebraucht wird für die Anästhesie 50 ccm. 1% Novokain, dem einige Tropfen Adrenalin-Suprarenin hinzugefügt werden. Versucht wurde auch eine schwächere Lösung, 0,75%, jedoch eine grössere Menge, 80 ccm; in einem Falle ergab solche Lösung Parästhesien der oberen Gliedmassen, deshalb wurde diese Lösung nicht mehr angewandt, da Gefahr bestand beide n. n. phrenici zu lähmen, obwohl sonst behauptet wird, die peridurale Anästhesie wirkte nur auf die sensiblen, nicht aber auf motorische Nerven.

Das Ergebnis war in 8 Fällen sehr gut (4 Nierenoperationen, 1 Magenresektion, 2 Appendektomien u. 1 Hernieoperation). Nicht schlecht war das Resultat auch in weiteren 7 Fällen (1 Magenresektion, 4 Laparotomien mit Revision der Bauchorgane, 1 Appendektomie, 1 Hernieoperation). Die Anästhesie gelang also in 75% der Fälle; in 25% der Fälle gelang die Anästhesie nicht: in 3 Fällen gelang sie gar nicht, in 2 Fällen kam es zu leichten Komplikationen, nämlich:

1. In einem Fall erhielt der Patient die 1%-ige Lösung u. schon nach 20 ccm. kam es zur Parästhesie beider Beine u. der Patient fing an zu erbrechen, — es ist klar, dass die Flüssigkeit in den subarachnoidalen Raum gelang; sofort wurde eine Lumbalpunktion ausgeführt u. 10 ccm. Cerebrospinalflüssigkeit abgelassen: die Erscheinungen schwanden sogleich.
2. Eine alte Patientin mit einer Skoliose wurde peridural anästhesiert, die Anästhesie gelang, doch fühlte sich die Patientin danach schlecht u. der Blutdruck sank; es ist anzunehmen, dass hier das Anästhetikum durch die periduralen Venen in's Blut gelang u. Intoxikationserscheinungen durch das Novokain hervorrief. Wegen der Skoliose war der peridurale Spalt verengt, nach dessen Dehnung durch das Novokain konnte es zu einer Einreissung der Venen kommen u. das Novokain konnte dabei in's Blut gelangen. Wirbelsäuleveränderungen müssten als Kontraindikation für die peridurale Anästhesie angesehen werden. Die peridurale Anästhesie wurde bei Schwerkranken angewandt, z. B. bei schweren Peritonitikern, u. ihr Zustand wurde dadurch in keinerlei Hinsicht verschlechtert.

Diskusijos del IV-ojo (doc. V. Kanaukos) pranešimo:

1. D-ras St. Kudirka: Ar nesusidaro spaudimo skirtumo tarp periduralinio ir arachnoidinių tuštimų, kad galėtų eiti skystis iš periduralinio tuštimo į arachnoidinį tuštimą? Ar kraujospūdis kinta ar lieka pastovus?

2. D-ras B. Zacharinas: Žydų ligoninėje daryta 15 šitų anestezijų. Pirmasis mūsu atsitikimas buvo nevykęs, net anestezija teko pertraukti ir didelės hernijos operacija atidėti. Buvo pavartotas pantocain'as, ir buvo gautas šokas. Po kelių dienų operuota vietinėje anestezijoje ir taip pat gautas šokas. Pasirodo, kad ligoniai blogai pakelia cocain'ą. Technika pavartota maždaug ta pati, kaip doc. V. Kanauka kad aprašo savo pranešime. Tik prieš įdurdami adatą jau turėjome pasiruošę švirkštą su fiziologiniu skiediniu. Pastarasis neina, kol adata nebus pradūrusi ligam. flavum. Technika sunki. Apatinėms galūnėms ir kirkšniai, taip pat mažajam dubeniui, šita anestezija netinka.

Būdas nepavojingas, nes vaistai į kaukuolę nepatenka. Nėra reikalo durti aukščiau kaip XII — IL. Vis vien, suleidus į šitą vietą anestezuojamuosius vaistus, pavyksta net padaryti amputatio mammae.

Kraujospudis kiek krinta, bet nedaug.

Šitas būdas nepatogus tuo, kad nuo anestezijos pradžios iki operacijos pradžios praslenka 30—40 min. Kur daug operuojama, šitas anestezijos būdas netinka, nes 30—40 min. laukti operacijos pradžios negalima. Italijoje, kur šitą anestezijos būdą mačiau pas Uffreduzzi ir Paulucci, anesteziją atlieka prityręs gydytojas, bet ne bet kas.

Nevykusių anestezijų turėjome taip pat apie 20—25%.

3. Doc. V. Kanaukos atsakymas: Pradūrus dura mater, nėra pavojaus, kad pro padarytąją skylutę novocain'as patektų iš periduralinio tuštimo į subarachnoidinį tuštimą, nes pastarajame spaudimas yra daug didesnis negu periduraliniame tuštime. Periduralinio tuštimo spaudimas teoriškai prilyginamas neigiamam.

Pastovaus kraujospūdžio kritimo, teisingai atlikus anesteziją, nestebima.

Apatinių galūnių anestezijos nepasiekiama.

Liumbalinės anestezijos gretinti su periduraline negalima, nes viena ir antra apima skirtingas sritis: pirmoji taikoma apatinėms galūnėms ir mažojo dubens organams, o antroji — sritims nuo lig. Pouparti ligi spenelių aukštumos.

V.

J. Žemgulys.

PO KAULŲ LŪŽIMO SUSTINGUSIŲ SĄNARIŲ IŠLANKSTYMAS.

Sąnarių sustingimo etiologija yra įvairi. Sustingimas gali pareiti nuo sąnarinės kapsulės, kaulų, raumenų, sausgyslių ir kitų minkštųjų dalių susirgimo. Chirurginėje praktikoje gausingesni yra ir mus labiau domina tie sąnarių sustingimai, kurie atsitinka po kaulų lūžimo. Nemalonūs jie yra del to, kad jie gaunami, kaip nemokamas ir nepageidaujamas priedas kaulų lūžimus begydant.

Kad sąnarys sustingtų, reikia, kad jis trumpesnį ar ilgesnį laiką būtų imobilizuotas. Apskritai, sustingimas yra proporcingas imobilizacijos periodo ilgiui, bet ne griežtai. Yra dar ir kitų momentų, kurie sąnario sustingimą greitina ar lėtina, k. a.:

1) Imobilizuotas sveikas sąnarys žymiai mažiau stingsta, kaip nesveikas arba toks, arti kurio yra lūžęs kaulas arba arti yra uždegimas.

2) Ne visi sąnariai imobilizuoti lygiai greit stingsta; pvz., pėdos sąnarys ne taip greit stingsta, kaip peties sąnarys.

3) Sąnariai greičiau stingsta ir sunkiau yra mobilizuojami suaugusiems kaip vaikams.

4) Ir suaugusiųjų tarpe vieniems, ypač reumatikams, greičiau sustingsta, kitiems labiau nestingsta.

5) Diafizių lūžimuose sąnariai ne taip greit stingsta, kaip metafizių ir ypač intraartikulinių lūžimų atvejais.

6) Kitais, ne po lūžimų, atsitikimais vaidmenį vaidina ir etiologinis momentas, pvz.: po artritų greičiau stingsta kaip po ekstrakapsulinių flegmonų sąnario srityje, po gonorojinių artritų greičiau stingsta kaip po reumatinių.

Iš to galime padaryti išvadą, kad vaidmenį vaidina ne tik imobilizacijos ilgumas, bet ir organizmo sulčių pakitimas sąnarį supančiuose audiniuose: tie pakitimai, kurie padeda lūžusiam kaului sugyti ir sutvirtėti, skatina taip pat gretimųjų sąnarių stingimą. Tat pasitvirtina ir metode ex juvantibus et nocentibus. Būtent, kaulėjimo procesą tramdant arba naikinant galima žymiai palengvinti sąnarių išlankstymas. Taip Hilarovicz 1935 m. pasiūlė *„Zntrbl. für Chirurgie“* naikinti kaulėjimo procesą sukeliant dirbtinę organizmo acidozę įdavus amonio chlorido. Tačiau šita ir visos kitos cheminės priemonės, kurios tramdo kaulėjimą, galimos yra vartoti sąnarių išnirimų ir dar kitais atsitikimais, bet tik ne kaulų lūžimų atveju.

Po kaulų lūžimų lankstant sąnarius skiriame 3 periodus: 1 — imobilizacijos periodas, kada lankstomi tik neimobilizuotieji sąnariai, 2 — laisvas periodas, kada lankstomi visi (ir gretimieji lūžimui) sąnariai, bet lengvai ir 3 — kada jie lankstomi su jėga.

1-uoju (imobilizacijos) periodu pasitenkinama tokiais judesiais, kurie yra galimi, kad tik kaulai lūžimo vietoje nejudėtų ir kuriuos leidžia imobilizuojamasis tvartis. Idealus būtų toks lūžusiųjų kaulų gydymo būdas, kada galūnių visai nereikėtų imobilizuoti ir visi sąnariai galėtų judėti, t. y. būtų savo fiziologinėje padėtyje, arba bent kad imobilizacija būtų neilga ir nevisiška. Tuo atžvilgiu nuolatinė ekstenzija ir ypač kaulų siuvimas kartais gali turėti perspektyvų ir žymių pirmenybių prieš gipsinį įtvarą. Ypač patartina būtų šituo atžvilgiu, kur tik galima, gydyti žastikaulio lūžimai stipriai ir patikimai kaulus susiuvant, kad galima būtų nors kiek judinti gretimi sąnariai, nes čia nuolatinė ekstenzija sunkiai pritaikoma, varginga, reikalinga didelės priežiūros, o gipse imobilizuoti sąnariai labai greit stingsta ir vėliau sunkiau pasiduoda išlankstomi.

Jei gretimųjų lūžusio kaulo sąnarių dažniausiai ir negalima judinti, del to su dviguba energija, kaip tai teisingai pabrėžia Böhler, reikia judinti neimobilizuotieji galūnės sąnariai.

Bet ir kaulus siūdami ir tolimesnius galūnės sąnarius judindami, vis tiktai gauname sąnarių sustirimų.

2-asis išlankstymo periodas trunka nuo imobilizuojamojo tvarčio pašalinimo iki visiško lūžusiųjų kaulų sugijimo ir sutvirtėjimo ir dar toliau, iki kol dar pastebima pažanga, tevartojant lengvus judesius.

Stebėdamas sąnarių sustingimus po kaulų lūžimo, priėjau išvadą, kad sąnariai stingsta del pasidariusio juose trauminio ar refleksinio artrito. Jau jų išvaizda primena artritą: jie, ypač imobilizuojamąjį tvartį nuėmus, randami kiek patinę, šiltesni, lankstant skaudami. Rentgenogramose matome sąnarių kaulų osteoporozę. Dar labiau panaši yra į artritą tolimesnė jų evoliucijos eiga. Tas artritas laikosi tol, kol lūžę kaulai gerai sugyja ir konsoliduojasi. Tada jis išnyksta ir sąnariai atsileidžia.

Iš arčiau mano stebėtų paminėsiu porą ryškesnių atsitikimų.

Vienam 64 metų vyrui, gavusiam fractura humeri tarp vidurinio ir distalinio trečiadalių, kur buvo siūta plokštele, alkūnės sąnarys dar 2 mėnesiu po imobilizacijos nuėmimo, t. y. 3½ mėnesių po kaulo lūžimo, buvo sunkus, niekaip negalėjo išlankstyti daugiau kaip 75⁰—115⁰, bet kitą mėnesį gana staiga palengvėjo ir ligonis per tą mėnesį be jokių ypatingų priemonių išsilankstė pats iki 50⁰—140⁰. Toliau paslankumas nustojo didėjęs ir ligonis vėl grįžo pas mane.

Kitam 35 m. vyrui buvo sutrupinta ir surišta cirkuliariškai viela girnelė. Fiksacija 2 mėn. Pašalinus imobilizaciją kelis greit išsilankstė iki 130⁰, bet toliau nebėjo. Ketvirtą mėnesį ligonis gana staiga pajuto lengvumą ir kelis nuo tų pačių veiksmų susilenkė iki 110⁰.

Šitą aplinkybę, kad nepaslankumas laikosi tol, kol kaulai gerai sugyja bei konsoliduojasi ir kad po to tik atsiranda patogesnis periodas išlankstymui, laikau svarbia dviem atžvilgiais:

1) Gretimųjų sąnarių stingimas yra automatinė tikslinga organizmo priemonė, kad geriau sugytų lūžę kaulai, taigi, ta pati priemonė, kurios mes imamės gretimuosius sąnarius imobilizuodami gipsu ar kaip kitaip.

2) Nėra racionalu skubėti sąnarys išlankstyti, kol kaulo lūžimas nėra dar tvirtai sugijęs ir tebėra artritas gretimuose sąnariuose. Tada reikia gydyti artritas, reikia imobilizuoti sąnarys, kad ir nevisiškai. Paslankumas vėliau beveik ir pats ateina. Panašiai yra su aukšta temperatūra ūminių limpamųjų ligų atveju: nėra racionalu ji skubėti numušti vaistais; vėliau, ligai pasibaigus, ji pati nukrinta be ypatingų priemonių.

Sustingusiems sąnariams išlankstyti 2-me periode masažo ir pasyvių judesių dabar beveik kaip ir nebevartojame. Tat

pas mus daroma daugiausia B ö h l e r'io autoriteto dėka. Buvo ir anksčiau balsų prieš masažą tiek iš gydytojų, tiek ir iš ligonių pusės. Neretai ligoniai sakydavo, kad sąnariai jiems lengvesni tik 1—2—3 val. po masažo, o paskui vėl tas pats arba net blogiau pasidarą. Kiti grįždavo nuo masažisto atgal pas gydytoją skųsdamiesi, kad, pvz., iš paskirtų 10 masažų, priėmę tik 7, daugiau nebegalėję ištverti, kadangi pasidarę blogiau. Tada mes kaltę suversdavome netinkamam masažo atlikimui, nemokėjimui gerai masažuoti. Dabar, jei masažą ir bevartojame, tai tik sveikosios kojos, kad, atėjus laikui vaikščioti, ji nebūtų perdaug susilpnėjusi, taip pat ir viso kūno masažą — bendram organizmo stimuliavimui.

Atrodo paradoksiška, bet iš tikrųjų taip būna, kad kartais galėjome padidinti sąnario paslankumą visišku jo poilsiu ir imobilizacija, tiesa, nevisiška. Ir teoriškai tat nėra nesuprantama. Jau iš seniau yra žinoma, kad, pvz., sugipsavus sutrauktą ir nepaslankų tuberkuliozinį sąnarį ir po kurio laiko išėmus jį iš gipso, gaunamas paslankus sąnarys. Mat, nepaslankumas parėjo nuo uždegiminės sąnario infiltracijos. Jai išnykus, sąnarys atsipalaiduoja. Jei uždegiminiuose artrituose taip padeda imobilizacija, tai kodėl ji neturėtų padėti refleksiškuose ir trauminiuose artrituose?

Visišką imobilizaciją dabar ir uždegiminiams artritams mažai bedarome, tik ūmiausiame periode. Refleksiškų ir trauminių artritų ūmiems artritams prilyginti negalime, tik apyūmiams ir chroniškiems. O apyūmiuose ir chroniškuose artrituose šiokie tokie judesiai leidžiami. Tad ir kyla svarbus klausimas, kurie judesiai leistini yra refleksiškuose ir trauminiuose artrituose 2-me p e r i o d e po kaulų lūžimų. Šituo klausimu mes priėjome šiuos du dėsnius:

1) Judesiai gretimuose su lūžusiu kaulu sąnariuose leistini yra tik tokie, nuo kurių neskauda, kitaip tariant, l e i s t i n i y r a t i k j u d e s i a i i k i s k a u s m o i š i m t i n a i. Netiesa, kad sąnarius judinant galima leisti kęsti nedidelis skausmas — tais atvejais pažanga yra mažesnė, jei apskritai ji yra.

2) L e i s t i n i y r a t i k t o k i e j u d e s i a i, n u o k u r i ų p a t i n i m a i i r p a v a r g i m a s p e r n a k t į v i s i š k a i p r a e i n a ir rytą ligonis nejunta jokio sunkumo, palyginti su praeitu rytu. Kadangi, kaip žinome, pavargusios galūnės greičiau atsiilsi, kada jos laikomos iškeltoje padėtyje, del to ligoniams su nepaslankiais kojų sąnariais leidžiama tik arba vaikščioti, arba gulėti iškeltomis kojomis, o stovėti draudžiama. Su sustingusiais rankos sąnariais ranką laikome ant abdukcinio įtvaro, bet nepririštą prie jo, taip, kad gali būti lankstoma visuose sąnariuose.

Apskritai imant, geriau judesiai permaži ir jų nedaug kaip perdideli ar jų perdaug. Perdideli judesiai kenkia. Tat galima

numatyti jau a priori. Kiekvienam yra žinoma, kad nuo pavargimo sąnariai stingsta, o mes norime kaip tik atvirkščio rezultato, būtent, kad nestingtų. Kaip niekas negydo, pvz., reumatinio artrito forsuotais judesiais ir masažu, taip pat jo neturėtų būti ir sąnarius išlankstant po kaulų lūžimo. Esu turėjęs ligonių, kuriems tam tikrais sumetimais buvo paskirti ir daromi gausūs aktyvūs judesiai iki pakenčiamo skausmo imtinai, kartu su daug kitų priemonių, kaip, pvz., karštos vonios, diatermija, kompresai nakčiai. O rezultatas buvo visai nedžiuginąs. Kartais rezultatas būdavo net toks, kad po tokių forsuotų aktyvių judesių paslankumas likdavo net mažesnis, kaip prieš gydymą jais. Kitais atsitikimais, kaip tik judesius sumažindavome iki skausmo ir mažiausio pavargimo išimtinai, paslankumas imdavo didėti ir sąnarys darydavosi laisvesnis.

Gražiausias atsitikimas, kuris man teko matyti pastaraisiais keleriais metais, buvo šis:

Vidutinio amžiaus kaimietė moteris, susilaužiusi alkūnės sąnarį prieš 1½ metų. Buvusi tokia varginga ir neturtinga, kad negalėjusi net į gydytoją kreiptis. Gydžiusis pati namie, kaip išmaniusi. Nuo mažų vaikų ir darbo atsitraukti negalėjusi. Atvyko pas mane del kitos ligos. Apžiūrėjau ir alkūnės sąnarį. Sąnarys nedailus, gerokai deformavęsis, dilbis stovi kreivai. Galima pažinti, kad buvo fractura humeri percondylica su žymiomis dislokacijomis. Tačiau paslankumas sąnaryje visiškas, sulenkia ir ištiesia, pronuoja ir supinuoja, kaip ir sveikąją ranką, be mažiausio skausmo. Dirbti gali kaip ir su sveika. Žodžiu sakant, funkcinis rezultatas 5 su pliusu, pavydėtinas. Judesius dariusi tik tokius, kuriuos galėjusi ir nuo kurių neskaudėję.

Jei mažiau judinant rezultatai yra geresni, kaip daugiau judinant, tai kodėl vis tiktai yra kartais vartojamas forsuotas lankstymas? Mano patyrimu, dažnai tat yra daroma stengiantis patenkinti pacientą. O ligonių tarpe daug yra tokių, kurie yra įsitikinę, kad gydymas be vaistų, be aktyvių veiksmų, nėsąs gydymas, esąs tik apsileidimas ir tingumas iš gydytojo pusės. Del to jie labiau pasitiki aktyviu gydytoju ir gydymu, kaip kad ir nusimanančiu, bet aktyvumo čia nepareiškiančiu. Be to, neretai patys ligoniai yra linkę gydytojo paskyrimus perdėti. Jei, pvz., pasakai: „lankstyk iki mažo skausmo“, tai lanksto iki didelio skausmo, sakydami, kad mažai teskauda.

Lankstant sąnarius, reikia neužmiršti daryti visi judesiai, kurie sąnaryje galimi. Kitaip gauname nepasisekimų.

Sausi judesiai, kaip švedų gimnastikos, yra ligoniui nuobodūs, sunkiai atsimenami ir del to neretai jo apleidžiami. Apskritai, švedų gimnastika yra galima tik įstaigose, kur yra gimnastikos vadovas, be to, dar pedantas. Daug kartų švedų gimnastikos judesius esu siūlęs pavieniams ligoniams, bet retai iš to temačiau aiškios naudos. Sėkmingesni yra, pasirodo, kombinuoti lengvi judesiai — darbai, tokie, kad ligonis juos dirbtų su noru, dar geriau — su atsidavimu, pvz., apsirengimas, valgymas, dulkių šluostymas, atsitūpimas ir pan. Apskritai, atrodo,

kad sustingusių sąnarių išlankstymas tinkamai parinktu, dozuotu, produktingu ir įdomiu darbu 2-me lankstymo periode duoda geresnių rezultatų kaip kitos metodės.

Antras sąnarių išlankstymo periodas, kaip esu minėjęs, trunka tol, kol kaulų lūžimai sugyja ir sutvirtėja, kol išgyja refleksiškas artritas gretimuose sąnariuose ir kol apskritai dar eina pažanga nuo darbo terapijos. Trečiame periode, kada sąnarių paslankumas nuo darbo terapijos nustoja beprogresavęs, man geriausių rezultatų davė gydymas periodine fleksija, ar ekstenzija. Jos tikslas yra ištampyti kiek galima kapsulę, raiščius, sausgysles, raumenis. Techniškai ji šitaip atliekama: jei reikia sulenkti, pvz., koją per kelio sąnarį, tai ji dedama ant vėlenėlio pakinklyje, o ant pėdos uždedamas smėlio maišiukas ½—1—2 kg. svorio. Taip ligonis laiko koją kasdien po 1—2—3 val. prieš piet ir tiek pat po piet. Toliau svoris ir laikas kasdien vis didinami. Progresuoti reikia labai pamažu, kad ligonis nejaustų nė mažiausio skausmo ar nuovargio, geriau per lėtai kaip pergreit, nes pergreit progresuodami gauname kartais priešingų rezultatų: ligonis, kuris pirma galėjo laikyti 2 kg. 3 val., vėliau begali išlaikyti 1 kg. 2 val. Pastebėjus atžangą reikia tuojau duoti sąnariui poilsis ir paskui pradėti iš naujo, tik daug lėčiau. Jei sąnarys yra sutrauktas, panašiu būdu darome periodinę ekstenziją.

Panašiai, kaip čia esu kalbėjęs apie kelio sąnarį, galima sukombinuoti periodinė fleksija ar ekstenzija kiekvienam kitam sąnariui. Nuolatinė fleksija ar ekstenzija, laikoma be pertraukos kelias dienas, mano arčiau stebėtais atsitikimais jokių žymesnių rezultatų nedavė.

Labai svarbu yra nepavartoti periodinės fleksijos ar ekstenzijos, kol kaulai lūžimo vietoje dar nėra sutvirtėję (susikonsolidavę) ir refleksiškas artritas dar nėra išnykęs. Tada galima gauti pablogėjimų, t. y. iš pradžių turime didesnį paslankumą, o pradėjus lankstyti, paslankumas ne tik ne didėja, bet dargi mažėja ir tampa skausmingesnis. Jei pradėjus su jėga lankstyti skauda, reikia patikrinti, ar nelinksta kaulas. Rentgeno nuotraukoje matomas callus dar nesako, kad kaulai lūžimo vietoje yra tvirtai sugiję ir kad galima smarkiau lankstyti.

Apžvelgdami dabar visą sustingusių po kaulų lūžimo sąnarių išlankstymą, mes prieiname labai svarbias praktiškas išvadas. Mes matome, kad tam yra nereikalingi kurie nors sudėtingi aparatai, **mediko - mechaniniai kabinetai,** Zander'io institutai ir pan. Jie gal reikalingi profilaktiškai, sveikiems žmonėms, kifozės ir skoliozės pradžioje, bet, kaip esu sakęs, ne sustingusiems po kaulų lūžimų sąnariams išlankstyti. Ir, apskritai, atrodo, kad tų mediko - mechaninių kabinetų žydėjimo lai-

kas buvo prieš didįjį karą. Pastaraisiais metais juos ištiko tas pat likimas kaip ir daugelį kitų buvusių madingų gydymo metodžių medicinoje. Kadangi dabar statoma daug naujų ligoninių, del to šitas klausimas vis lieka aktualiu.

Résumé.

La mobilisation des articulations raidies après les fractures des os.

La rigidité des articulations après les fractures des os dépend non seulement de leur fixation pendant le traitement, mais aussi du changement des humeurs dans les tissus, qui les entourent. Dans les articulations, voisines aux os fracturés, se développe l'arthrite, qui reste jusqu'au moment, où les os se joignent et où cette soudure devient solide. Le raidissement des articulations est le moyen automatique et naturel de l'organisme, conforme au but de l'immobilisation des fractures, c'est à quoi aspire également notre immobilisation. Dans la mobilisation des articulations après les fractures des os nous distinguons 3 périodes:

1) La période de l'immobilisation, quand les mouvements ne se produisent, que dans les articulations, qui restent mobiles.

2) La période libre après l'ablation de l'immobilisation, quand les mouvements se produisent dans les articulations qui étaient immobiles auparavant. Toutefois il faut cesser tout mouvement ausitôt que se produit la douleur et la fatigue. Pendant cette période les meilleurs résultats peuvent être obtenus grâce au traitement par le travail, spécialement choisi, dosé, productif et pouvant intéresser le malade. Cette période continue jusqu'à la guérison compète de la fracture et de l'arthrite dans les articulations voisines et dure plus longtemps que l'apparition du cal osseux dans les radiogrammes.

3) Pendant la troisième période les meilleurs résultats sont obtenus grâce au traitement par la fléxion - extension, périodique: d'une articulation, 2 fois par jour pendant quelques heures, dans une position inclinée (resp. — extensive). Les instituts médico-mécaniques pour la mobilisation des articulations raidies après le fractures des os sont superflus.

Diskusijos del V-jo (d-ro J. Žemgulio) pranešimo:

D-ras J. Stasiūnas: D-ro J. Žemgulio pranešimas sveikintinas, nes jis pirmasis viešai siūlo kaulų lūžimų ir po jų sąnarių sustingimų gydymą keisti naujais principais. Ligi šiol kaulų lūžimų gydymas dar atliekamas pasenusiomis metodėmis ir todėl del netinkamo gydymo turime labai daug įvarių komplikacijų, k. a.: galūnių sukreivėjimą, sutrumpėjimą, sąnarių nepaslankumą ir kt. Nauji prof. Böhler'io pasiūlytieji dėsniai lūžusiems kaulams gydyti yra šie: 1) kuo greičiausiai lūžusieji kaulai reponuotini, 2) jie imobilizuotini, ligi lūžusiems kaulams visiškai suaugant, 3) imobilizacijos metu visiems laisviems sąnariams taikytini aktyvūs judesiai, kraujo apytakai pagerinti ir tuo būdu lūžusių kaulų gijimui pagreitinti. Prof. Böhler'io dėsnius taikydami, visur gauname žymiai geresnių padarinių, negu kad vartodami kitas metodes.

Imobilizaciją pašalinus, visa anksčiau taikyta mechaniškoji terapija, k. a., masažas, pasyvūs judesiai, kaitinimai ir kt., griežtai atmestini, ir paliktina tiktai aktyvi gimnastika. Prof. Böhler'io išleistame veikale smulkiai yra nurodytas kiekvieno kaulo sužalojimo gydymas ir, kaip vienintelis geras vadovėlis, patartinas įsigyti kiekvienam chirurgui.

VI.

Gyd. A. Maciūnas.

FUNKCINIAI PAKENKIMAI PO IŠNIRIMŲ.

(V. D. U. Chirurginė klinika. Vedėjas — prof. A. Hagentornas).

Paprastai gydant ligonius po sąnarių išnirimo pasitenkinama įtvėrimu (repositio) ir tvarčio uždėjimu 1—2 savaitėm, o kaip toliau sekasi ligoniui, jau nebežinoma, nes ligoniai, ypač ambulatoriškai gydyti, o tokių daugiausia ir yra, dažniausiai nebeatvyksta pasirodyti. Šitam darbui stengiausi sužinoti vėlyvesnius padarinius po išnirimų. Temos pavadinimas, gal būt, yra per platus šitam pranešimui, nes aš čia norėjau aprašyti ligonius, kurie buvo gydomi Chirurginėje klinikoje, ir iš to pasistengti padaryti kai kurias išvadas, o nedaryti literatūros santraukų.

Per paskutinius 4 metus pasitaikė 116 tokių ligonių. Iš 116 atsitikimų buvo: 1) luxatio humeri 75 ats., 2) luxatio cubiti 21 ats., 3) luxatio coxae 14 ats., 4) luxatio mandibulae 3 ats., 5) luxatio acromio -clavicularis 2 ats. ir 6) luxatio patellae 1 ats. Išsiuntinėjus anketas, gauta tik 44 tinkami atsakymai, kurie liečia luxatio humeri, cubiti et coxae, tad apie tai ir tepranešiu. Bloga, kad apžiūrėjimui atvyko nedaug ligonių, o daryti rentgenologiškas tikrinimas buvo visai neįmanoma.

Atsakymuose randame 30 atsitikimų **luxatio humeri:**

Pagijo	Be nusiskundimų	Recidyvavo	Nevisiškai pasveiko
30 lux. hum.	7 = 23,3%	7 = 23,3%	16 = 53,3%

7=23,3% luxatio humeri recidyvavo (2—8 kartus). Iš jų 4 turi normaliai paslankų sąnarį ir šiaip yra darbingi, nesiskundžia; nors kartais recidyvuoja, bet greit vėl susitvarko (dažnai patys įsitaiso). 3 ligoniai skundžiasi, kad ranka greit pavargstanti, skaudanti, esanti mažiau judri — aukštyn ir atgal. Atsakymuose pabrėžia, kad esą pavojingi ypač staigūs judesiai atgal, nes išnyranti ranka; tačiau saugojantis, pvz., vienai ligonei jau 4 metus nebeišniro. 1 operuotas (capsulorraphia), bet be vaisių. Amžius 17—32 mt. Böhler sako, kad habitualinį žastkaulio išnirimą matęs tik jaunesniems negu 35 mt. ir po preglenoidalinių išnirimų. Apskritai, habitualiniai išnirimai įvyksta del — 1) traumos (įplyšusi kapsulė, sužalotas periostas, nutrūkusi kapsulė, raumuo ir t.t.) ar 2) įgimtinių nenor-

malumų (per didelė kapsulė, cavitas glenoidalis ydos, sąnarinės kremzlės plokščias kraštas, deformuota caput humeri). Šitiems ligoniams buvo įtverta greit — per 12 val. (1—24 val.), laikė parištą ranką 4 d. (0—7 d.) ir vieną kartą net 60 d. Atrodo, lyg per trumpai laikyta imobilizuota ranka; bet, antra vertus, jei habitualinis išnirimas yra įvykęs del įgimtinių anomalijų, vargu ar bandažas apsaugos. Darbingi būdavę po 14 d. (4—60 d.) ir tik vienas — po 180 d.

7=23,3% be nusiskundimų išgiję. Įtaisyta po 2 d. (4 val. — 4 d.), laikė parištą ranką 21 d. (1—60 d.), pradėjo dirbti skaitant nuo įtaisymo datos po 30 d. (4—60 d., 2 iš jų ištisus metus negalėjo sunkiai dirbti). Amžius 15—64 mt.

16=53,3% nevisiškai pasveikę.

Blogi padariniai būną šie: ranka darosi silpnesnė, mažiau judri del kapsulės, raumenų randėjimo ir ne vietoje atskilusių dalių prigijimo. Nusiskundžia, kad ranka pasidariusi silpnesnė, greičiau pavargstanti, skaudanti. Kai kuriems gelią stiprokai, ypač vienam, nors jam judrumas yra visiškas. Paralyžių pasitaikė tik vienam — nykščio nevaldąs (buvo luxatio humeri + fract. ulnae). Atmenu vieną ambulatorinį ligonį, kuriam buvo paralyžiuota visa ranka po luxatio humeri. Judrumas sumažėjo ir būtent, atgal ir aukštyn, aukščiau pečių lygmenų, nors tai darbui dirbti dažniausiai nekliudo, be 2 atsitikimų. Pasitaikė 1, kuriam pirštai nejautrūs, nors valdo, ir 1, kuris pirštų nesulenkia (įtaisyta po 45—63 d.).

Įtverta po 8 d. (4 val. — 63 d.), laikė parištą ranką 33 d. (3—180 d.), ėmė darbą dirbti po 99 d. (3—360 d.).

Amžius 12—65 mt. Apskritai, juo ligonis senesnis ir sunkiau sužeistas, juo ilgiau reikia gydyti.

Luxatio humeri suskirstyti į pogrupes buvo neįmanoma.

Pasinaudosiu Böhler'io statistika:

Gydymo laikas:

luxatio humeri praeglenoidalis	13	(0—150 d.)
„ axillaris	36	(0—164 d.)
„ axill. + abruptio tuberc. maj.	69	(0—175 d.)
„ axill. + abrupt. + paral.	111	(4—238 d.)
„ posterior	60	
„ axill. + paralysis	40	

Peties sąnario judesiai tyrimo aiškumui galima suscheminti į 3 plokštumas — frontalinę, sagitalinę ir horizontalinę.

Böhler'io lentelė rodo, koks esti po išnirimų judrumas pagal įvairius autorius:

Boehler'io lentelė.

Autorius	Tikrųjų ligonių skaičius	Nekomplikuota		Komplikuota	
		Normalus	Aprėžtas	Normalus	Aprėžtas
Küttner (1908) .	54	7=13%	47=87%	—	—
Göbel (1909) . . .	(11+13)24	4=73%	3=27%	4=30%	9=70%
Lexer (1909) . . .	(40+6) 50+4 habitual.	15=37,5%	25=62,5%	1=16%	5=84%
Schmidt (1910) .	27	22=82%	5=18%		
Scherd (1914) . .	31	19=64%	12=36%		
De Marbaix (1913)	157	140=89%	17=11%		
Seiffert (1926) .	34	26=80%	8=20%		
Wette (1928) . .	(31+5) 36	21=67,7%	10=32,3%		
Biel-Böhler (1935)	(80+36) 116	77=96%	3=4%	20=56%	16=44%

Pas mus iš 30 normaliųjų 13=43,3% ir 17=56,6% aprėžtas judrumas.

Del vėlyvesnių sutrikimų svarbu šalutiniai sužalojimai — kraujagyslių, nervų, atskilimai, lūžimai ir t.t., atviras ar uždaras išnirimas. (Šalutiniai sužalojimai kartais paaiškina blogus padarinius, pvz., artritai del kremzlės sužalojimo. Hermodson pateikia šitokias žinias: 60 atsitikimų tirti vėlyvieji rezultatai ir rasta:

8% difuziška atrofija capitis humeri
9% dėmėtoji atrofija
33% arthritis deformans
42% — kauliniai ir kalkiniai padarai, esą minkštose dalyse arba išeiną iš periosto.

Mūsų atsitikimais panašaus tyrimo negalima buvo atlikti. Svarbu greitas įtvėrimas (palygintina šito skirsnelio ir „be nusiskundimų" skirsnelio duomenys). Kiek laiko imobilizuoti ir kaip toliau elgtis, iš anketos duomenų sunku spręsti. Paprastai būdavo parišama ranka prie krūtinės (Desault tvartis) ir patariama po 10—21 d. pradėti judinti ranka, vengiant iš pradžių staigių judesių atgal. Taip ir dauguma autorių pataria laikyti ramybėje 1—2 ir daugiau savaičių, o po to pradėti judinti, ypač aktyviai. Ramybės laikas pratęstinas pagal reikalą (jei labai skauda, myositis ossificans pavojaus atveju ir t.t.). Masažą beveik visi peikia. Kai kas, pvz., Böhler pataria ranką imobilizuoti abdukciniame įtvare, ypač jei yra abruptio tuberculi majoris, paresis n. axillaris ir t.t. Reponuodavome dažniausiai eterio narkozėje Kocher'io būdu. Kai kurie autoriai rekomenduoja Hippokrato metodę, pvz., Fr. Demmer. Böhler siūlo luxatio

humeri axillaris atsitikimu Hippokrato metodę, o luxatio praeglenoidalis atveju — Kocher'io būdą.

Luxatio cubiti 11 atsitikimų.

Dažnai būna su pašaliniais sužalojimais. Taip ir čia.

Komplikuotų išnirimų būta 4=36,5%.

Iš jų visai pagijo 1 — visiškas judrumas; buvo lux. cubiti + fractura epicondylus med.

Kiti 3=75% nevisiškai pasveikę (1 — fractura ulnae, 2 — fract. radii, 3 — neaiški diagnozė). Iš jų vienam įvyko ankylosis, o kiti 2 negali visiškai ištiesti ir sulenkti.

Įtaisyta po	15 d.	(13 val. — 42 d.)
paristą laikė	49 d.	(14 — 75 d.)
dirbti pradėjo po	133 d.	(42 —180 d.)

Nekomplikuotų išnirimų buvo 7=63,5%. Išgijimo rezultatai geresni.

Iš jų 3 visai pasveikę.

Įtverta po	28 d.	(7—56 d.)
paristą laikė	18 d.	(10—35 d.)
dirbti pradėjo po	32 d.	(14—60 d.)

4=57% išgijo nevisiškai:

įtverta po	32 d.	(1 val.—90 d.)
paristą laikė	21 d.	(7 —30 d.)
dirbti pradėjo po		18—120 d.

Skundžiasi, kad ranka greičiau pavargstanti, esanti silpnesnė. Esanti mažiau judri — negalį visiškai ištiesti ir sulenkti; apskritai, blogiau ištiesią. Supinacija - pronacija nesutrikusios. Parezių nepasitaikę. Recidyvų nebuvę. Normaliai judrus sąnarys išliko 4 ligoniams iš 11 (36,5%), o kitų **7=63,5% aprėžtas judrumas.** Schneider savo disertacijoje aprašo 78 luxatio cubiti, iš kurių 29 yra vėliau apžiūrėjęs. Iš jų 33% turi nusiskundimus bendro pobūdžio, ir 48% — labai aprėžtą judrumą. Biebl - Böhler, ištyrę 50 ligonių, aprėžtą judrumą rado 30% (nekomplikuotas išnirimas duoda 4% aprėžtą judrumą, o komplikuoti — 62%).

Alkūnės sąnario išnirimas duoda daugiau funkcinių sutrikimų nei kitų sąnarių išnirimai. Dažniau pasitaiko įvairios komplikacijos. Pasak daugumos autorių, svarbu gerai funkcijai atsargus ir greitas įtvėrimas. Iš mūsų duomenų sunku kas nors kategoriškai nuspręsti. Svarbu atsargus įtvėrimas ypač čia. Pasak N. Sedykina's, įtvėrimo trauma esanti naujų anatominių sužalojimų šaltinis labiau, nei kitų išnirimų atvejais. Svarbu raumenų atsipalaidavimas. Pas mus dažniausiai vartojama trumpa eterio narkozė. Galima vietinėje ar plexus'o anestezijoje. Pas mus įtvėrimas daromas hiperekstenzijos būdu. Kai kurie autoriai pataria neva fiziolog. būdą — ekstenziją daryti. Böh-

l e r siūlo įtverti tempiant už sulenkto 120⁰ kampu dilbio. Pasak S e i f e r t'o, vargu ar šitie „fiziolog. būdai" esą saugesni.

Dažna komplikacija būna myositis ossificans, nors iš šitos anketos duomenų nieko apie tai negalima pasakyti. Pernai per L. Chirurgų suvažiavimą kaip tik buvo demonstruotas preparatas ligonio, operuoto del myositis ossificans, kuris įvyko po luxatio cubiti.

Iš 11 ligonių 7=63,5% turi aprėžtą judrumą, nors darbingi. Iš anketos duomenų išeitų, kad reikia kuo greičiausiai įtaisyti, laikyti imobilizuotas sąnarys apie 18 dienų (uždėdavome tvartį ant rankos, sulenkus per alkūnę smailu kampu) ir leisti pradėti dirbti po 1 mėnesio. B ö h l e r pataria dėti gipsinį tvartį, ypač komplikuotų išnirimų atvejais, bent 3 savaitėms. N. S e d y k i n a siūlo imobilizuoti tik 3—4 d. (jei yra įskilę kaulai — 8 d.), o po to judinti ir bent 5 sav. sunkiai nedirbti. Dauguma autorių peikia masažą ir pasyvius judesius, o giria aktyvius judesius. Nejudinti, jei dar skauda. B ö h l e r griežtai nusistatęs prieš masažą ir pasyvius judesius, ypač jei gresia myositis ossificans. L u d l o f f savęs stebėjimą aprašydamas pastebi, kad masažas ūmiame atvejyje net kenkiąs; giria judesius, iš pradžių pasyvius.

3 atsitikimai luxatio coxae.

Įtverta po 3 val. — 24 val., surištos kojos buvo 12 d. (7—14 d.), pradėjo vaikščioti ir dirbti po 35 d. (28—45 d.). Recidyvų nebuvo. Judrumas visiškas. Tik vienas skundžiasi greitu pavargimu, silpnumu, skausmais.

Del duomenų mažumo ypatingų išvadų padaryti negaliu.

Bendroje šito darbo išvadoje noriu pažymėti, kad vis delto reikėtų atkreipti didesnis dėmesys į išnirimų gydymą, nes pasitaiko nemaža funkcinių pakenkimų.

Naudotoji literatūra:

1. B ö h l e r: Die Technik der Knochenbruchbehandlung, 1937 mt., 435, 436, 59, 509, 511 psl.
2. F r. D e m m e r: „Wien. Kl. Wschr.", 1936. II, 1587 p.
3. H e r m o d s o n: Die Prognose bei Schultergelenkluxationen. „Zntrbl. f. Chir.", 1934, 414 p.
4. S c h n e i d e r: Disertacija. Leipcig, 1934.
5. N. S e d y k i n a: Ortopedija i Travmatologija. Charkov, 1935 mt., 9.
6. S e i f e r t: Kirschner Nordmann, Chirurgie, II², 1130 p.
7. Zentralblat für Chirurgie. 1936, 1937 mt.
8. Zentralorgan für die gesamte Chirurgie, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938 mt.

Autoreferat.

Es werden 44 Fälle von Verrenkungen verschiedener Gelenke aus dem Material der Chirurgischen Klinik Kaunas eingehend behandelt. Trotz der früh eingesetzten Behandlung bleiben noch viele funktionelle Schädigungen.

Diskusijų del VI-ojo (d-ro V. M a c i ū n o) pranešimo nebuvo.

VII.

Dr. V. Burba
(Mažeikių apskr. s-bės ligoninė)

ILEITIS REGIONALIS.

„Nespecifiška granuloma“, „infekcinė granuloma“, „gerybinė granuloma“, „intestinė flegmona“, „žarnų infiltracija“, „chroniškas randinis enteritis“ ir, pagaliau, „ileitis regionalis“, — štai daugybė ypatingo plonųjų žarnų galinės dalies, o kartais ir coecum'o susirgimo pavadinimų; tat nors ir seniai chirurgams žinomas, tačiau paskutiniu metu vis dažniau ir dažniau atsiranda chirurginėje literatūroje. Prieš septynerius metus Amerikos chirurgo C r o h n'o atspausdintas darbas davė šitam susirgimui dabar įsigalėjusį pavadinimą „ileitis regionalis“.

Kadangi šita liga anksčiau niekeno nebuvo aprašyta, tai del to būta nemaža klaidų nustatant diagnozę, nes dažnai statydavo žurnų tbc., lues'ą, aktinomykosis, lymphosarcoma ir carcinoma diagnozę.

1932 m. chirurgas C r o h n, o vėliau G i n s b u r g ir O p e n h e i n e r pateikė tikslų klinišką ir anatomiškai patologišką šitos ligos aprašymą. Jų stebėjimai rėmėsi 14 atsitikimų. Nuo to laiko atsirado ir kitų chirurgų aprašymų, taip, kad iki 1938 m. šituo klausimu paskelbti 92 straipsniai iš įvairių pasaulio dalių .

„Ileitis regionalis“ terminas nėra visai tikslus, nes daugeliu atsitikimų liga paliečia ileum'o galą 20—30 cm. atstu nuo valvula ileocoecalis laibųjų žarnų kryptimi. Yra aprašyta atsitikimų, kad procesas buvo palietęs ir coecum'ą. Taip B r a u n, B e r g e n, V e b e r, C o l p, C r o h n, R o z e n a k yra aprašę procesą ir coecum'e, būtent, iš 60 ligonių 9-iais atsitikimais procesas buvęs coecum'e. Toks ir mano buvo atsitikimas, kurį aš operavau 1938 m.

Ileitis regionalis ligai yra būdingi šie **reiškiniai:**

Ileitis regionalis yra ileum'o galinės dalies, o kartais ir coecum'o, susirgimas. Dažniausiai jis paliečia vidutinio amžiaus asmenis ir charakterizuojasi apyūmiu ar chronišku uždegiminiu procesu su nekroziniu randu per visą ileum'o sluoksnį, dažnai duodančiu stenozės ir fistulės susidarymą ir pan. patinimą dešinėje ileum coecale srityje. Procesas niekuomet nepaliečia colon transversum arba vėdarinių žarnų kairiosios pusės.

Etiologija nežinoma. Mikroskopiškai ir biologiškai tiriant nei tbc., nei lues'o, nei aktinomikozės niekuomet nerasta. Wassermann'o reakcija būna neigiama. Apendicitas dažnai nevaidina jokio vaidmens, nes dažnai jis jau buvo pašalintas prieš šitam susirgimui išsivystant, arba operuojant nerandama jokių patologiškų pakitimų. Kai kurie šitą susirgimą nori susieti

su dezinterija; tačiau bakteriologiški ir serologiški tyrimai tai neigia. Apskritai galima pasakyti, kad susirgimas yra infekcinio pobūdžio, tačiau infekcija nežinoma.

Patologiškai anatomiškas procesas, matyti, prasideda mažomis apvaliomis opomis, susidariusiomis viduje žarnos, išilgai jos prisisegimo prie mesenterium'o. Šituo momentu susirgimas duoda vaizdą, panašų į apendicitą; tačiau, padarius apendektomiją, randamas procesas, besivystąs toliau ir pereinąs į infiltracinę stadiją. Ileum yra randamas ėdemiškas, padengtas infiltracine mase; mesenterium sustorėjęs, regioninės, lymfinės liaukos padidėjusios. Jeigu procesas paliekamas, tai jis vystosi ir toliau. Žarnų ir diafragmos ileo -cekalinis praėjimas susiaurėja, atsiranda apčiuopiama oedema in regione ileocecali. Vėliau pasidaro fistulės, kurios patenka į vėdarines žarnas, į šlapiminę pūslę ir pro pilvo sieną į išorę.

Mikroskopuojant nieko specifiško nerandama. Yra uždegiminis, nekrozinis, ir destrukcinis procesas. Dažnai randama gigantiškų narvelių. Šitie duomenys, kol nebuvo išaiškinta, leisdavo supainioti šitą susirgimą su tuberkulioze.

Kliniškas vaizdas. Crohn šitos ligos eigą skirsto į keturias stadijas:

1) Ūminė stadija, kai liga vystosi kaip intraabdominis susirgimas, simuliuojąs ūminį apendicitą. Atsiranda skausmai in regione ileo-coecali, febris, leukocitozė. Šitoje stadijoje apčiuopti infiltracijos nepasiseka. Operuojant randamas paraudęs ėdemiškas ileum; appendix normalus.

2) Antroji stadija. Liga vystosi ulcerinio kolito pavidalu su spazmiškais skausmais pilvo srityje, kartais viduriavimu ir kraujavimu, lengvu karščiavimu ir anemija.

3) Trečioji stadija. Nevisiška stenozė, obstipatio, skausmai, apčiuopiama infiltracija.

4) Ketvirtoji stadija. Susidariusių vidinių ir išorinių fistulių stadija. Chirurgas susitinka ne su visomis stadijomis, bet dažniausiai su 1 ar 3 stadijomis.

Šitų simptomų dažnumas galima matyti ir iš Jellena. Iš jo 50 ileitis regionalis atsitikimų skausmai buvo 72%, svorio kritimas — 60%, patinimai — 58%, viduriavimas — 52%, anemija — 42%, drugys — 38%, fistulės — 36%, vėmimas — 28%.

Diferencinę diagnozę nustatant turėtina galvoje tbc., lues, aktinomykosis, carcinoma, lymphogranuloma, nespecifiškas colitis ulcerosa, appendicitis.

Diagnozė colitis ulcerosa nustatoma sigmoskopijos ir rentgeno pagelba. Ypatingai sunku diferencijuoti nuo apendicito; kai kurie mano, kad dieglių pavidalo skausmai, obstipatio ir patinimas rodo colitis regionalis. Paskutiniu laiku šitai diagnozei ypatingos reikšmės turi rentgenas. Svarbiausi reiškiniai

diagnozei yra šie: ileum'o prisipildymo defektas proksimaliai nuo coecum'o, nenormalūs šitos ileum'o kilpos kontūrai. Ileum'o kilpos dilatatio ir praestenosis reiškinių paliestos žarnos įgauna plono siūlo formą, „string sign", anot anglų.

Gydymas. Čia yra daug priešingumų chirurgų nuomonėse. Kai kurie, kaip, pvz., Meyer, mano, kad liga, nors ir retai, pati praeinanti. Felsen, kuris šitą ligą sieja su dizenterija, mano, kad gydytina dizenterija. Tai vienintelis chirurgas, turįs šitą nuomonę. Daugelis sutinka, kad medikamentinis gydymas neduodąs teigiamų rezultatų ir terapija galinti būti tik chirurgiška.

Del operatiško gydymo taip pat yra nesutarimų. Kai kurie svarbesniu dalyku laiko paliestų dalių rezekciją. Kiti, pvz., Meyer, Rosi, Braun, Bayer, Veber, Cliute, — tvirtina, kad pakanką padaryti ileum'o sveikų dalių anastomozė be rezekcijos ir kad 50-yje % šita operacija duodanti visišką pasveikimą. Jeigu procesas toliau nesilikviduoja, tai po ileum'o colostom'ijos vėliau padarytina rezekcija. Trečioji chirurgų grupė ūminės stadijos metu daro rezekciją, nors ligonis jaučiasi gerai, nes, pasak jų, vėliau turįs būti recidyvas. Rentgenologiški anastomozės tyrimai po ileum'o colostom'ijos ilgą laiką Džiagsin'o tyrimais daugeliu atsitikimų neparodę jokių nenormalumų. Didelis ileocolostomia be žarnų rezekcijos priešininkas yra Holm, kuris įsitikinęs, kad rezekcija anksčiau ar vėliau turėsianti būti padaryta.

Mirtingumas po radikalių operacijų paskutiniu laiku sumažėjo. Iš pradžių kai kurie chirurgai laikė mirtingumą beveik lygų 36%. Dabar Pemberton, pvz., iš 39 rezekcijos atsitikimų gavęs du mirties atsitikimus. Ten, kur buvo padaryta ileo-colostomia be rezekcijos, iš 43 mirė 2.

Toks šito ileitis regionalis susirgimo vaizdas.

Iki 1938 metų šitų susirgimų aprašyta 446.

Dabar aprašysiu ileitis regionalis atsitikimą, kuris man teko operuoti Mažeikių apskrities sav-bės ligoninėje.

Ligonis **Juozas, B.**, 31 m. amž. Ligos istorijos 442 nr.

Atvyko į ligoninę 1938 m. balandžio mėn. 6 d., išsirašė iš ligoninės birželio mėn. 22 d.

Ligonis aukšto ūgio, geros mitybos, truputį anemiškas, skundžiasi skausmais ileocekalinėje srityje, kur pats apčiuopiąs infiltratą. Skausmai tarpais esą labai stiprūs. Dažnos obstipacijos. Sergąs pusantrų metų. Prieš dvejus metus jam buvusi padaryta appendectomia del chroniško appendicito.

Tiriant apčiuopiamas didelis kietos konsistencijos infiltratas ileo-cekalinėje srityje, palpuojant skausmingas. Plaučiai ir širdis — normalūs. Urogenitalinė sistema — normali. Wassermann — neigiamas. Temperatūra subfebrilė. Leokocitozės nėra. Kraujo vaizdas normalus.

Po keleto dienų nesėkmingo konservatyvaus gydymo ligoniui patartas operatiškas gydymas. Operuojant pasirodė, kad yra didelė

kieta infiltracija ileum'o gale ir coecum'o pradžioje. Ileum hiperemijuotas. Infiltratas — uždegiminės kilmės, 30 cm. atstu nuo ileum'o galo, o toliau žarna normali. Del didelių uždegiminių reiškinių nedrįsau padaryti rezekcijos, o padariau ileo-kolostomiją su colon transversum, tikėdamasis, kad esant reikalui padarysiu rezekciją. Po operacijos kurį laiką temperatūra buvo pakilusi ir laikėsi skausmai. Vėliau t°-ra krito, skausmai pranyko ir greit pradėjo nykti ileo-cekalinės srities infiltratas.

Po dviejų mėnesių ligonis išsirašė, subjektyviai ir objektyviai būdamas visiškai sveikas. Neseniai jis atvyko į ligoninę del galvos skausmų. Ileo-cekalinėje srityje nei skausmų, nei infiltrato nėra. Žarnų funkcija — normali.

Manau, kad šituo atsitikimu ir buvo ileitis regionalis, išgydytas chirurgišku būdu.

Labai būčiau dėkingas išgirsti iš Gerb. Kolegų jų nuomones apie šitą susirgimą.

Manyčiau, kad šitam susirgimui labiausiai tiktų pavadinimas „ileo-colitis regionalis".

Diskusijos del VII-ojo (d-ro V. K. Burbos) pranešimo:

1. D-ras J. Žemgulys: Prieš kelerius metus, apendicitą beoperuodamas, turėjau atsitikimą, panašų į pranešėjo aprašytąjį: buvo ligonis su apyūmia pradžia, t° apie 38C, infiltratas ir skausmingumas lokalizuoti ileocekalinėje srityje, leukocitozės nebuvo. Operuojant pasirodė, kad ileum prie coecum'o infiltravęsis, raudonas, liaukos padidėjusios ligi riešuto didumo, o appendix'as kiek žymiau nepakitęs. Nusprendėme, kad čia esama ileotyphus'o. Vėliau diazoreakcija ir Widal'io reakcija tatai patvirtino. Po to jau mes visada kreipdavome dėmesį į ileotyphus'o galimumą ir trumpu laiku pastebėjome dar keletą ileotyphus'o atsitikimų, simuliavusių apendicitą. Manau, kad ir pranešėjo atsitikimu buvo netipiškas ileotyphus. Jei būtų buvusios padarytos diazoreakcija ir Widal'io reakcija, tai, manau, jos būtų buvusios teigiamos.

2. D-ras St. Mačiulis: Kartą beoperuojant moterį del įtarto chroniško apendicito, buvo rastas appendix'as nepakitęs, coecum'o sienelės žymiai pastorėjusios ir edemiškos, regioninės liaukos padidėjusios iki riešuto didumo. Vienoje vietoje iš coecum'o pryšakio apčiuoptas nedidelis, kaštono didumo, navikas. Coecum'o dalis su naviku rezekuota ir nusiųsta ištirti į V. Patologijos institutą, iš kur gautas šis atsakymas: „Granuliacinis audinys".

B. DEMONSTRACIJOS.

VIII.

Dr. Ch. Finkelšteinas.

SKILVIO BEI ŽARNŲ LIGŲ DIFERENCINĖ RENTGENODIAGNOSTIKA.

Skilvio bei žarnų susirgimų diagnostikoje šiuo metu vyraujanti vieta be abejo tenka rentgenodiagnostikai. Nei viena diagnozė, nei viena ligos istorija negali pretenduoti būti baigta ir išsami, jei nebuvo prašviesta rentgeno spinduliais.

Skilvio bei žarnų rentgenodiagnostika pastaruoju metu tiek yra ištobulėjusi ir išsirūtuliavusi, jog atsirado reikalas

atidaryti šitoje srityje naują skirsnį apie specialią virškinamųjų takų diferencinę rentgenodiagnostiką. Diferencinė rentgenodiagnostika, skirdamasi nuo bendrinės vidaus ligų diferencinės diagnostikos, užsiima vien tiktai rentgeno atvaizdais (gautais ekrane ar filmoje), panašiais pagal išvaizdą, juos sugretindama ir sulygindama.

Savaime suprantama, kad, prieš užsiiminėjant skilvio bei žarnų diferencine diagnostika, reikia visų pirma būti gerai pasiruošusiems pačioje skilvio bei žarnų rentgenodiagnostikoje: reikia būti gerai susipažinusiems su mūsų laikų technika, reikalingas patyrimas ir atitinkamas pasiruošimas, kad galima būtų matyti, suprasti ir teisingai išskaityti ekrane ar filmoje gautieji atvaizdai.

1. rentgenograma.
Joje matoma nišė del ulcus ventriculi.

Dabar aš ketinu pademonstruoti keletą rentgenogramų, kad pavyzdžiais pailiustruočiau pareikštas mintis, ir kartu noriu pabrėžti, kad rentgenogramos, kurias aš ketinu tamstoms parodyti, nėra kažkokie nepaprasti atsitikimai, o priešingai, paprasčių paprasčiausi atsitikimai, kurie taip dažnai pasitaiko mūsų kasdieninėje praktikoje.

Smulkmenų neliesiu, nes tatai neleidžia nei laikas, nei apystovos.

Ulcus ventriculi. Svarbių svarbiausias skilvio opos rentgenologinis simptomas, kaip žinoma, yra nišė. Patologinės anatomijos atžvilgiu nišė yra skilvio audinio defektas, kuris prisipildo kontrastinio preparato ir rentgeno nuotrauka šitoje vietoje duoda kai kurį pliusą, priedėlį prie skilvio kontūrų silueto, dyglio pavidalu ar apvalaus, trikampio ir pan. šešėlio, įvairios formos ir įvairaus didumo.

2. rentgenograma.
Čia matoma nišė ir prisipildymo defektas del carcinoma ventriculi.

Nišė yra tikrų tikriausias skilvio opos (ulcus ventriculi) simptomas, ir todėl šita „nišės“ sąvoka įsigijo didelį dėkingumą ir populiarumą skilvio bei žarnų susirgimų klinikoje. Rentgenologiška nišės sąvoka šiuo metu beveik visų gydytojų laikoma skilvio opos sinonimu, ir todėl kalbėdami apie skilvio opą mes à priori prileidžiame rentgenologinės nišės buvimą, ir kalbėdami apie nišę prileidžiame skilvio opos buvimą.

Tačiau tatai ne visada yra taip. Nišė dar ne visada rodo skrandžio opos buvimą, ir tatai būna neretai.

Pirmojoje rentgenogramoje mes matome nišę curvatura minor srityje. Tatai yra paprastas skilvio opos atsitikimas. Šita nišė, kaip matote, turi apvalios formos nedidelį šešėlį, kuris išsikiša iš curvatura minor krašto ir sudaro pliusą prie skilvio silueto.

Nišė antrojoje rentgenogramoje, būdama panaši savo išvaizda į nišę, kuri būna skilvio opos atsitikimu, šituo atveju

3. rentgenograma.

Čia matoma nišė ir prisipildymo defektas del carcinoma ventriculi.

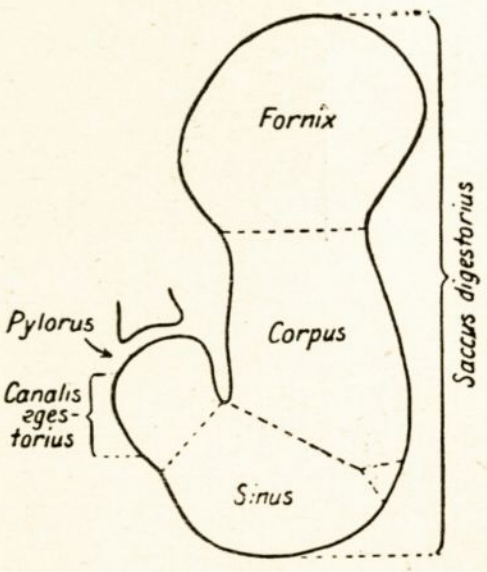
visai nėra opos produktas, o yra sveiko audinio likutis, kuris išsikiša dyglio pavidalu prisipildymo defekto (Füllungsdefekt) fone.

Tokį patį vaizdą duoda 3-ioji rentgenograma. Nišė, kurią mes matome curvatura major srityje, nėra opos nišė, o karcinomos, nes tat yra taip pat sveiko audinio likutis, kuris išsikiša dyglio pavidalu.

4. rentgenograma.
Matomas prisipildymo defektas del carcinoma ventriculi.

Carcinoma. Nomenklatūrai paaiškinti pateikiu Forsell'io skilvio sričių pavadinimus, kurie dabar priimti beveik visų rentgenologų (žiūr. schemą).

Labiausiai išsiplatinęs skilvio vėžio simptomas tėra prisipildymo defektas. Skilvio prisipildymo defektas rentgeniniame atvaizde dažniausiai gaunamas į skilvio tuštimą išsikišant augliui, kuris patologo-anatominiu požiūriu sudaro audinio pliusą, bet tuo pat laiku ir minusą (defektą) skilvio siluete pripildant jį kontrastine mase.



Schema
parodo skilvio suskirstymą į sritis pagal Forsell'į.

Rentgenologiškas simptomas, prisipildymo defektas, tiek yra pažįstamas gydytojams praktikams, jogiai šita grynai rentgenologinė sąvoka yra tapusi kliniškų skilvio vėžio simptomu. Ir iš tikrųjų, pamačius 4-ąją rentgenogramą su šituo klasišku prisipildymo defektu, su šitais nelygiais išėstais kraštais, iš karto kiekvienam gydytojui, nepadariusiam kliniškų tyrimų, net ne-

mačiusiam ligonio, dingtels galvoje mintis apie carcinoma ventriculi diagnozę. Tačiau tat nevisada taip yra. Skilvio prisipildymo defektas visai neretai būna visiškai kitokios kilmės, del kitų priežasčių, k. a.: del suaugimų, del kepenų, tulžies, pūslės, pancreas'o, colon'o ekstraventrikulinių auglių, del skilvio svetimkūnių ir t. t. Vaizdumo dėliai demonstruoju šias 4 rentgenogramas:

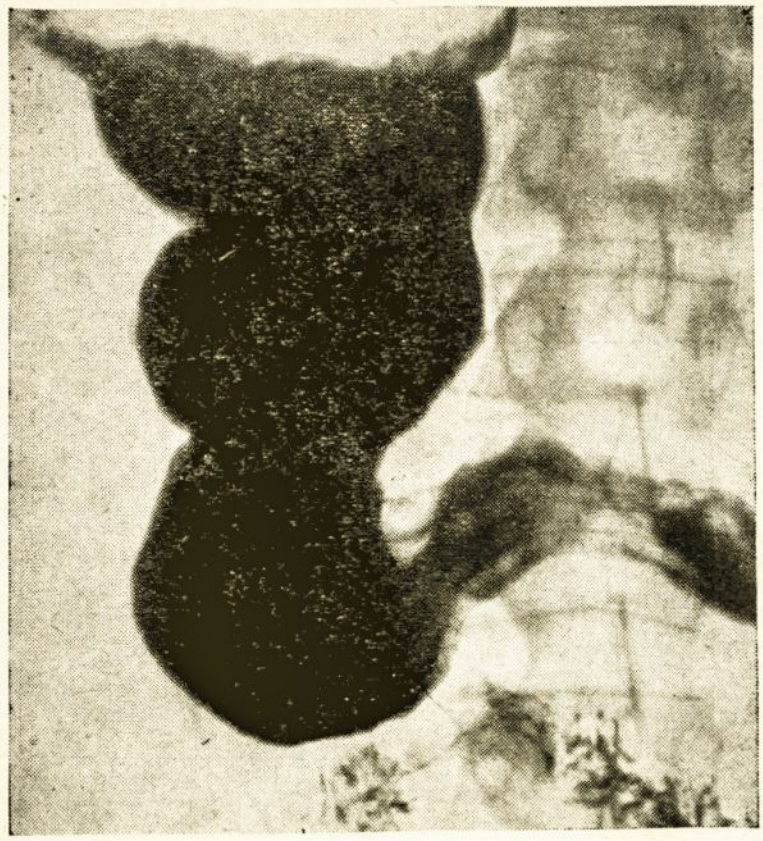
5. rentgenograma.
Prisipildymo defektas del cysta pancreatica.

1) Penktojoje rentgenogramoje mes matome ryškų prisipildymo defektą, kuris užima beveik visą skilvio sinusą. Šitas defektas buvo matomas ekrane visą laiką, buvo pastovus ir nepradingdavo nei spaudžiant, nei ligoniui gulint kniūpsčiam, vienu žodžiu, patvarus.

2) Šeštojoje rentgenogramoje matome tą patį vaizdą, tiktai kitoje projekcijoje.

3) Septintoji rentgenograma nutraukta kniūpščiam ligoniui.

Geriau įsižiūrėję į šitą defektą, mes visose šitose rentgenogramose matysime, kad šitas defektas yra kažkoks ypa-



6. rentgenograma.
Tos pačios ligonės rentgeno nuotrauka, kaip ir 5 rentgenogramoje, tiktai padaryta kitoje projekcijoje.

7. rentgenograma.
Tos pačios ligonės rentgeno nuotrauka, kaip ir 5—6 rentgenogramose, tiktai padaryta kniūpščiai ligonei.

tingas: visų pirma defekto kontūrai lygūs, gluotni; nėra išėstumo, nėra šito būdingo nelygumo ir dantytumo, kuriais visada pasižymi karcinominiai defektai; be to, prisipildymo defekto viršuje matomas lygus ir taisyklingas, nors auglio suspaustas, gleivinės reljefas. Šitos rentgenogramos gautos 38 metų ligonei su kliniška „cysta pancreatica“ diagnoze.

8. rentgenograma.
Tos pačios ligonės rentgeno nuotrauka, tiktai padaryta po 3 mėnesių. Čia matomas visiškai normalus skilvis.

4) Aštuntoji rentgenograma buvo padaryta tai pačiai ligonei, praėjus 3 mėnesiams po ilgo konservatyvaus gydymo. Skilvis čia visiškai normalus. Praėjus vieneriems metams rentgenologiškas tyrimas davė tuos pačius duomenis, kaip ir 8-ojoje rentgenogramoje.

Buvo dar demonstruota visa eilė carcinoma fornicis ventriculi rentgenogramų.

Pasunkėjęs ir skausmingas maisto rijimas pereinant į skilvį, nesant ypatingų rentgenologinių destruktyvių stemplės pakitimų. Šitie atsitikimai, pasirėmus rentgenologiškais ty-

rimais, buvo aiškinami kaip stemplės nerviškas spazmas, nes rentgenas stemplėje ir skilvyje nieko neparodė. Iš tikrųjų, įgudusiai tiriant ligonį, gulintį truputį Trendelenburg'o padėtyje, buvo rasta carcinoma fornicis, ko tiriant stovintį ligonį nebuvo matoma. Šitos karcinomos rodė rijimo pasunkėjimo reiškinius ir skausmus pereinant maistui į skilvį.

Del vietos stokos, del techniškų priežasčių, šitos vaizdžios iliustracijos (rentgenogramos) čia neteikiamos.

Išvados.

1. Skilvio bei žarnų rentgenodiagnostika, nepaisant savo technikos ir tyrimo metodžių išdirbimo pažangos, nepaisant savo centrinės ir svarbiausios vietos, užimamos tarp kitų kliniškų tyrimų, ji kaip ir seniau lieka sudėtine bendrinio kliniško skilvio bei žarnų tyrimo dalimi ir yra vertinga diagnozei tik sąsyjyje su kitomis kliniškomis tyrimo metodėmis.

2. Skilvio bei žarnų diferencinė rentgenodiagnostika pagilina mūsų pažinimus šitoje srityje, mūsų diagnozę padaro tikslesnę ir įtikinamesnę ir dažnai perspėja mus nuo galimų klaidų ir neteisingų išvadų.

3. Diferencinė rentgenodiagnostika skilvio bei žarnų srityje yra labai vertinga metodė prityrusio ir išsimokslinusio rentgenologo rankose. Ir todėl rentgenologija apskritai ir skilvio bei žarnų rentgenologija atskirai reikalinga rimto atsinešimo ir išskiria visokį diletantiškumą ir mėgėjiškumą, nes nuo teisingos rentgenologinės diagnozės dažnai pareina operacijos indikacijos ir prognozė ir, be to, neretai pati ligonio gyvybė ir chirurgo garbė.

Diskusijos del VIII-osios (d-ro Ch. Finkelšteino) demonstracijos.

1. D-ras St. Kudirka: Demonstruotasis ligonės cystoadenoma pancreatis rentgenogramos atsitikimas man yra neaiškus. Man atrodo, kad cystoadenoma yra tokis auglys, kuris per 3 mėnesius nebegalėtų pranykti, nebent būtų adenoma inflammatorium.

2. Med. d-ras J. Meškauskas: Čia d-ro Ch. Finkelšteino buvo parodytos būdingiausios su nišomis ir prisipildymo defektais rentgenogramos. Pasak paties pranešėjo, beveik visais atsitikimais buvę apčiuopiami navikai ir beveik visais atsitikimais neoperuotini. Čia visi atsitikimai tiek aiškūs, kad nebereikalinga jokia diferencinė diagnozė. Būtų buvę daug svarbiau parodyti komplikuotesnių ir neaiškių atsitikimų, kur iš tikrųjų reikalinga diferencijuoti. Rentgenologų uždavinys yra surasti mažus gleivinės pakitimus ir nežymius sienelės infiltratus, o ne didžiausius prisipildymo defektus, kurių konstatavimas dažnai teturi maža reikšmės terapijos atžvilgiu. Diferencinė skrandžio ligų rentgenodiagnozė yra daug sunkesnė, negu kad galima būtų pamanyti iš gerbiam. pranešėjo pranešimo. Be to, mano manymu, rentgenologai neturėtų atsisakyti ir nuo motorinės skrandžio funkcijos sekimo ir jos konstatavimo. Hypermotilitas taip pat turi būti konstatuojamas, kaip kad ir organiški gleivinės pakitimai.

IX.

Dr. B. Zacharinas.

APENDEKTOMIJOS KLAUSIMU KINOFILMĖS DEMONSTRAVIMAS.

Rodoma kinofilmė appendix'o pašalinimo technikai demonstruoti, neperitonizavus appendix'o pagrindo, be kiseto.

Šita filmė demonstruojama ne tam, kad šitą būdą rekomenduočiau.

Šitą appendix'o pašalinimo būdą vartoju neseniai. Šituo būdu mano operuota apie 100 atsitikimų, daugiausia chroniškų. Kol kas negauta jokių komplikacijų, nei peritonitų, nei fistulių. Tokių komplikacijų galimumas teoriškai galvojant galima prileisti, nors daugelis šito operavimo būdo šalininkų tokį galimumą neigia.

Literatūroje del šito būdo eina ginčai, ir nemanau, kad jo šalininkai galėtų greitai susitaikyti su šito būdo priešininkais.

Aš nesu linkęs šitą appendix'o šalinimo būdą rekomenduoti, nes laiko ekonomijos taip pat nėra. Dvikartis appendix'o pagrindo patepimas t-ra jodi ir užtepimas collodium'u atima ne mažiau laiko kaip kiseto uždėjimas ar peritonizavimas.

Collodium'u patepimą pamėginau niekeno neparagintas. Literatūroje apie tai nieko nesu radęs, taip pat nesu girdėjęs, kad kas nors collodium'ą būtų vartojęs appendix'o pagrindui užlipdyti (resp. patepti ar užpilti). Del collodium'o likimo kol kas nieko negaliu pasakyti, nes sekcijų nebuvo progos daryti, o su gyvuliais dar neeksperimentuota. Šitą klausimą ateityje ketinu patyrinėti ir kitame L. Chirurgų Draugijos suvažiavime pranešti apie collodium'o likimą pilvo tuštime.

Kaip esu sakęs, šitą appendix'o šalinimo būdą vartoju tiktai chroniškais atsitikimais. Tačiau keletą kartų teko jis pavartoti ir ūminiais atsitikimais, kur del aplinkybių, del coecum'o sienelės patologiškai anatomiškų pakitimų negalėjo būti nė kalbos apie peritonizavimą. Vienu tų atsitikimų buvo gauta fistulė. Tat buvo sunkus, užleistas, vėlai operuotas atsitikimas, tačiau baigėsi laimingai ir ligonis pagijo.

Demonstruoju kaip filmavimo, rodos, pirmo Lietuvoje, mėginimą. Filmavimas atliktas esant primityviam apšvietimui be Jopiterių ar specialių lempų. Kambaryje tat yra pirmas mūsų bandymas, aišku, su defektais ir minusais, už kuriuos iš anksto atsiprašau.

Diskusijos del IX-osios (d-ro B. Zacharino) demonstracijos:

1. D-ras St. Mačiulis: Vienerius metus Panevėžio apskr. savivaldybės ligoninėje operuojama appendix'o šaknies neinvaginuojant. Tuo būdu operuojami ūmūs ir chroniški atsitikimai. Jokių komplikacijų nestebėta. Jau padaryta daugiau kaip keturi šimtai tokių operacijų.

2. Prof. Em. Vinteleris klausia, ar demonstruotoji filma yra „Schmalfilm“? Man rodos, filmuojant reikėjo pasinaudoti didesne šviesa.

3. D-ras K. Pautienis: Man rodos, demonstruotoje filmoje pavartotas per didelis pjūvis ir panaudoti per dideli kabliai ir todėl darant tokią nedidelę operaciją, kaip appendectomia, perdaug traumota. Galima pasitenkinti ir mažesniu pjūviu.

4. D-ras P. Kusa: Appendix'o invaginacija atima maža laiko, bet tat garantuoja nuo peritonito ir fistulių. Invaginacija apsaugoja pacientą nuo komplikacijų ir leidžia chirurgui ramiai miegoti.

5. D-ras St. Kudirka: Literatūroje dar ir dabar siūloma appendix'o amputacinis pagrindas ne tik apsiūti Lembert'o siūle, bet net apsiūtasis coecum prisegti prie peritoneum'o. Aš norėčiau žinoti, kaip kolegos prašytų daryti apendektomiją jiems patiems, ar apsiuvant appendix'o amputacinį pagrindą ar ne.

X.

Gyd. St. Stonkus.

ŠIRDIES IR IZOLIUOTAS PERIKARDO SUŽEIDIMO ATSITIKIMAS.

(Iš V. D. Un-to Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. med. dr. Al. Hagentornas).

Pranešu apie du, palyginti, nedažnus sužeidimus.

Pirmuoju atsitikimu buvo pjautinė - durtinė krūtinės žaizda žemiau kairiojo krūties spenelio. Sužeisti šie vidaus organai: pericardium parietale, diaphragma ir skrandis (tangencialiai). Sužeistajam užsiūtas perikardas ir skrandis. Pagijo.

Antruoju atsitikimu buvo 3 durtinės, kišeniniu peiliuku padarytos, žaizdos kairiojoje krūtinės srityje. Viena žaizda ėjo per krūtinės sienelę, per perikardą, per myokardą (sienoje tarp kairiojo ir dešiniojo skilvelio), per diafragmą ir siekė kepenis.

Į kliniką ligonis atgabentas sunkiame stovyje, su širdies tamponados reiškiniais. Plačiai atidarytas ir išvalytas perikardo tuštimas nuo kraujo krešulių. Iš širdies žaizdelių nekraujavo. Perikardo, diafragmos ir kepenų žaizdos užsiūtos. Jau operacijos metu ligonio stovis žymiai pagerėjo. Šiuo metu (3 savaitėms po sužeidimo praėjus) jis sveiksta.

Šitais dviem atsitikimais nei plaučiai nei pleura nebuvo sužaloti. Padaryta serija elektro-kardiogramų. Jos kartu su smulkesniu šitų atsitikimų aprašymu bus paskelbtos skyrium.

Diskusijos del X-osios (d-ro St. Stonkaus) demonstracijos:

1. D-ras St. Kudirka klausia, ar beoperuojant naudotasi Überdruck'o aparatu?

2. D-ras St. Stonkus atsakė, kad nebuvo naudotasi.

XI.

Gyd. V. P. Tumasonis.

CORPUS ALIENUM INTRAPERITONEALE PO SUŽEIDIMO.

Ligonis 18 metų amžiaus. Važiuojant arkliai pasibaidę, prie tvoros įstrigęs ligoniui mietas į vidurius. Praėjus po sužalojimo šešioms valandoms buvo operuotas. Rasta perdurta pilvo sienelė ir colon ascendens, kuris prismeigtas prie iliopsoas raumenų pradžios. Svetimkūnis 19,5 cm ilgumo ir 1,5 km diametro. Ligonis po 28 dienų pasveiko. Demonstruojamas kaip pavyzdys, kad reikalinga visuomet žaizda revizuoti, ypač vidaus organų sužalojimo atveju, nes šituo atsitikimu žaizda buvo 19,5 cm ilgio, o vis dėlto nebuvo apčiuopiama; peritoninių reiškinių dar nebuvo, o atidarius pilvo tuštimą, rastas didelis corpus alienum ir žarnų perforacija.

Diskusijos del XI-osios (d-ro V. P. Tumasonio) demonstracijos:

1. D-ras P. Kusa klausia, ar buvo rastos 2 skylės žarnoje.
2. D-ras V. P. Tumasonis atsakė, kad terasta tik viena skylė, nes mietas, matyti, eidamas tangencialiai colon ascendens atžvilgiu, tik prismeigė jį.

XII.

Gyd. K. Pautienis.

OSTITIS FIBROSA SU DIDELE KAULO ATROFIJA ATSITIKIMAS.

(Iš Utenos apskr. ligoninės chirurginio skyriaus).

Vytoldas R., 14 metų amž., iš Joniškio valsč., Utenos apskr. 1938. IV. 23 d. atsigulė Utenos ligoninėje su šia anamneze:

Tėvų pareiškimu iš mažens nesirgęs jokiomis ligomis. Ligonis turįs du broliu ir dvi seseri, tačiau jis esąs šeimoje silpniausias, nes mažiau galįs dirbti ir greičiau pavargstąs. Broliai ir seserys esą sveiki ir, be gripo, nesirgę jokiomis rimtesnėmis ligomis. Prieš 4 mėn. ligoniui sukdavę rankas ir kojas ir retkarčiais šlubuodavęs. Tėvai manę, kad vaikas turįs reumatą, ir gydę visokiais tepalais, darę vonias; vaikas nuo šito gydymo būk pagerėjęs, bet tik laikinai. Prieš šitą rankų ir kojų sukimą vaikščiojęs į mokyklą ir paskutiniu laiku prieš susirgimą baigęs 4-tą skyrių. Prieš 2 mėn. vaikas staiga griuvęs, del nelygios vietos, ir jam lūžusi dešinioji koja blauzdos srityje. Ligonis buvęs nuvežtas pas gydytoją, koja buvusi sutverta ir būk sugijusi. Vėliau praėjus 4 savaitėms vaikas vėl griuvęs ant žemės nuo nusigandimo. Po šito griuvimo vaikas jautęs abiejų kojų silpnumą, skausmus ir negalėjęs daugiau vaikščioti.

St. praesens. Ligonis pagal savo amžių vidutinio ūgio ir mitybos, išblyškęs. Raumenų išsivystymas silpnas. Ligonis guli aukštielninkas, negali pasiversti ant šono. Kojos per articulationes coxae sulenktos ir pritrauktos prie pilvo. Judinant kojas skundžiasi skausmais per klubo, kelių ir pėdos sąnarius. Palpuojant ir kitų judesių metų galū-

nėse nesigirdi jokio kaulų braškėjimo. Konstatuojamas tik mažas kaulų sulinkimas ir kaulų judesiai šiose vietose: femur sin. viršutiniame trečdalyje, crus sin. žemutinėje dalyje ir collum femoris dex. srityje. Kvėpuojamieji, šlapiminiai ir kiti organai ypatingai nepakitę. Temperatūra 37,4°, tvinksnis 80. Hb. — 60, leukocitų 12.000, eritrocitų 4 milijonai. Šlapimai normalūs. IV. 24 d. padarius abiejų šlaunų rentgenogramą, kaulai vos matomi, nors normaliai išlaikyta. Padaryta kita rentgenograma, nes buvo manyta, kad yra defektas filmose ar kitas kuris technikos trūkumas. Konstatuota fractura femoris sin. viršutiniame trečdalyje, cruris sin. žemutiniame trečdalyje ir colli femoris dex. Visi kaulai labai atrofavę su mažais kelių centimetrų apvalios formos židiniais.

Iš kaulų židinių paimta kaulo biopsijos metu ir nusiųsta į Patologijos Institutą. Gautas atsakymas: o s t i t i s f i b r o s a.

G y d y m a s. IV. 29 d. ligonis buvo įdėtas į gipsinę lovelę. Švitintas kvarco lempos spinduliais, duota daug žalumynų, kalcio ir vitaminų vigantol'io ir ol. jecoris aselli pavidalu. Ligonis gavo ir kitokių vitaminiių preparatų. Ligonis buvo laikomas per visą dieną verandoje, naudojosi šviežiu oru ir saule. Po 2 mėn., padarius rentgenogramą, nekonstatuota pagerėjimo. Svoris ligoniui pakilo, bendras stovis pagerėjo, bet kaulai lūžusiose vietose negijo, callus nesidarė ir kaulų išretėjimas liko tas pats.

Čia d e m o n s t r u o j a m a keliolika rentgeno nuotraukų, iš kurių matoma beveik visų griaučių didelė atrofija su židiniais kauluose ir dideliu kaulų išretėjimu. Paskutiniu laiku ligonis pradėjo viską gerai valgyti. Ligonis išsirašė iš ligoninės išbuvęs joje 4 mėn.; prieš išrašant iš ligoninės buvo padaryta rentgeno nuotrauka ir pastebėta kiek mažesnė kaulų atrofija. Ligonis visą laiką turėjo subfebrilę temperatūrą. Visų griaučių atrofija po karo pasitaikė atskirais atsitikimais kaip badavimo pasėka, bet čia berniukas, ūkininko sūnus, maisto gaudavo pakankamai. Abejotina, kad čia turima reikalo su alimentarine kaulų atrofija. Greičiausia, čia turima reikalo su refleksiška kaulų atrofija, del esančio organizme kurio nors chroniško proceso. Kaulų atrofija pastebima esant kur nors chroniškam uždegimui, kaulų fraktūros, nervų sužalojimo, nudegimo bei nušalimo, net ir traumų atvejais. Šitas berniukas, sakosi, turėjęs didelius reumatinio pobūdžio skausmus visuose sąnariuose, ir del to yra pagrindo manyti, kad del reumato ir del esančio ostitis fibrosa židinių atsirado didelė visų griaučių kaulų atrofija, del kurios ir pasidarė galūnių spontaniškos fraktūros.

Autoreferat.

Ein Fall von ostitis fibrosa.

14-jähriger Knabe mit ostitis fibrosa u. starker Atrophie der Knochen, bei dem es zu spontanen Frakturen kam. Der Kranke wurde 4 Monate lang mit verschiedenen Vitaminpraeparaten, Arsen, Calcium u. a. behandelt. Die Knochen heilten nach Frakturen nicht, die Atrophie blieb bestehen, obwohl der Allgemeinzustand sich etwas besserte. Es wird vermutet, dass wegen chron. Rheumatismus u. wegen ostitis fibrosa es auf reflektorischem Wege zu starker Atrophie des gesamten Skelets kommen konnte, was dann zu spontanen schwer heilbaren Frakturen führte.

Diskusijos del XII-osios (d-ro K. Pautienio) demonstracijos:

1. Prof. E. Vinteleris: Įdomu būtų žinoti, kokiame stovyje buvo glandulae parathyreoideae? Atsimenu vieną sekcijos atsitikimą mūsų Teis-Medicinos institute, kur suaugusiajam mikroskopiškai buvo nustatyta „ostitis fibrosa". Tuo atveju gl. parathyreoideae buvusios rastos hiperplastiškos.

2. D-ras J. Žemgulys: Turėjau atsitikimą, tiesa, ne „ostitis fibrosa", bet žastikaulio „ostitis cystica". Padariau osteotomiją su ekskochleacija ir pašvitinau rentgeno spinduliais. Jau yra praėję daugiau kaip vieneri metai. Ligonė po operacijos buvo atvykusi kelis kartus ir buvo kontroliuota rentgenu. Iš nuotraukos buvo matoma, kad kaulai dar nėra išgiję, bet neabejojamai gyja.

3. D-ras St. Kudirka: Aš turėjau du atsitikimu fractura femoris spontanea del ostitis fibrosa. Buvo išgramdytas susirgęs židinys ir, implantavus sveiko blauzdikaulio su periostu židinio vietoje, labai gerai sugijo.

4. D-ras K. Katilius: Prieš pusę metų V. D. Univ-to Chirurginėje klinikoje buvo spontaniška fraktūra žastikaulio apatiniame trečdalyje del ostitis fibrosa. Buvo uždėtas gipsas, nedarant jokios chirurgiškos intervencijos. Praėjus 2 mėnesiam nuo lūžimo, rasta nebloga kaulo konsolidacija. Ligonė galėjo net lengvą darbą dirbti. Apie dabartinį ligonės sveikatos stovį nieko nežinoma.

XIII.

V. Kanauka.

TRANSURETRINĖ PROSTATOS REZEKCIJA

Iš seno hipertrofinės prostatos dalis mėginama šalinti transuretriniu būdu, norint padaryti kelią šlapimams.

Dar Bottini pasiūlė elektrokaustikos būdu pro uretrą išdeginti hipertrofinėje prostatoje griovelį, pro kurį galėtų tekėti šlapimai. Būdas perdaug pavojingas ir praktikoje prigyti negalėjo.

G. Luys taip pat gana seniai pasiūlė hipertrofinės prostatos pragręžimo būdą (forrage de la prostate). Jisai tat atlieka elektrokoaguliacijos būdu transuretraliai specialaus instrumento pagelba, pradėdamas nuo prostatos viršūnės ir eidamas šlapiminės pūslės kryptimi. Šitas būdas praktikoje taip pat neprigijo, nors patsai autorius labai plačiai jį vartojo, gaudamas gerų rezultatų ir laikydamas jį nepavojingu.

Paskutinį dešimtmetį atsirado naujas, žymiai tobulesnis instrumentas, kurio vartojimo technika nėra komplikuota ir kurio pagelba be pavojaus transuretriškai galima pašalinti gana didelė hipertrofinės prostatos dalis.

Jis yra tuo ypatingas, — 1) kad dirbama iš šlapiminės pūslės pusės, plačiai matant operuojamą vietą, ir galima pašalinti lobus intravesicalis, kuris faktiškai vaidina didžiausią vaidmenį šlapimų užsitūrėjimo mechanizme; 2) kad jo kilpos pavidalo elektrodas gali pjauti, skaptuoti audinius vandenyje, skysčiais pripildytoje šlapiminėje pūslėje.

Nėra reikalo rezekuoti didelė prostatos dalis, norint gauti laisvą šlapimų nubėgimą. Užtenka padaryti griovelis per lobus intravesicalis iki colliculus seminalis, kad pacientas galėtų pakankamai gerai nusišlapinti. Išskaptuojama paprastai pagal reikalą 2—10 gramų prostatos parenchimos. Aš pasitenkindavau išskaptuodamas 4—5 gramus. Amerikiečiai išpjauna daug daugiau, iki 25 gramų.

Mūsų klinika įsigijo instrumentą praeitais metais. Teko jis pavartoti 6 pacientams. Vienam, būtent, pirmam, operacija nepavyko del techniškų klaidų. Likusiems 5 operacija gerai pavyko; 3 iš jų, kuriems šlapimai buvo visiškai susitūrėję, po keleto dienų išvažiavo namo galėdami laisvai šlapintis beveik be jokių likučių pūslėje (ne daugiau kaip 20—30 ccm). Vienas išvažiavo namo su likučiais 150 ccm, žymiai pagerėjęs (prieš operuojant liekanų pastoviai būdavo 500—600 ccm).

Vienas labai silpnas, drabus, marazmiškas, 70 metų senis, su visiškai susitūrėjusiais šlapimais, kuriam nedrįsau padaryti fistula suprapubica, transuretrinę rezekciją lengvai pakėlė, po kelių dienų galėjo laisvai šlapintis, su nedidelėmis liekanomis pūslėje išvyko namo. Namie buvo paskirti pūslės plovimai. Po 2-jų savaičių grįžo turėdamas paūmėjusį cistitą ir kraujavimą iš pūslės. .Teko padaryti kraujo transfūzija: pasitaisė ir išvyko namo pagerėjęs, galėdamas šlapintis, su likučiais apie 150 ccm. Turiu žinių, kad jisai gerai jaučiąsis ir laisvai šlapinąsis.

Transuretrinė hipertrofinės prostatos rezekcija šiandien nevienodai įvertinama. Šalia aistringų šalininkų, atsiranda ir skeptikų.

Pastarieji nurodo, kad transuretrinė prostatos rezekcija nėsanti tokia nekalta operacija, nes pasitaiką sunkių komplikacijų, kaip, pvz., kraujavimai, pyelitai, urosepsis, epidydimitas; būna nemaža ir mirtingų atsitikimų.

Viena tik šiandien aišku, kad jinai vartotina tik tais atvejais, kur radikali prostatektomija kontraindikuotina. Tokiems pacientams jinai, be abejo, labai naudinga, kadangi atpalaiduoja juos nuo fistulės, kuri šiaip ar taip yra nepatogi ir silpniems pacientams yra gana pavojinga.

Demonstruotas instrumentas.

Diskusijos del XIII-osios (doc. V. K a n a u k o s) demonstracijos:

1. D-ras B. Z a c h a r i n a s: Šitas klausimas kaip tik teko neseniai studijuoti Paryžiuje pas M a r i o n'ą ir C h e v a s s u e. Juodu taiko šitą būdą M a r i o n'o modifikuoto M a c C u r t h y'o rezektoskopo pagelba. Kilpa stipri, snapas gali būti sulenktas ir ištiestas.

Šitas būdas taikytinas ne tik senukams, kuriems prostatektomija yra kontraindikuotina, bet dažniausiai ir jaunesniems ligoniams, kurie turi vidurinės prostatos dalies hipertrofija, taip pat ir ligoniams, vadinamiems „prostatique sans prostate". Šitas būdas nepavojingas, mirštamumas mažas. Didelių kiekių (daug gramų) nešalinama. Kraujavimas nėra pavojingas operacijos metu ir lengvai koaguliuojamas.

2. D-ras St. Kudirka: Man teko skaityti literatūroje, kad vienas autorius šituo būdu operavęs 130 ligonių ir tiktai 20-tyje atsitikimų ištikęs pooperacinis kraujavimas. Pasak autoriaus, endovezikalinė prostatos rezekcija esanti dar mėginamoje stadijoje ir reikią individualinti ta prasme, kaip kad ir doc. V. Kanauka yra nurodęs.

XIV.

Gyd. V. Burba
(Mažeikių apskr. sav-bės ligoninė).

TRŪKUMAI KOVOJANT SU PIKTYBINIAIS NAVIKAIS.

Aš noriu pasakyti keletą žodžių del trūkumų kovojant su piktybiniais navikais pas mus Lietuvoje. Nežinau, kaip tas klausimas sprendžiamas Kaune, kur yra Draugijos kovai su vėžiu centras; tačiau provincijoje, t. y. visoje Lietuvoje, tasai klausimas stovi žemiau kritikos. Klausimas kovos su piktybiniais navikais yra tiesiog susijęs su medicinos pagelbos teikimu, todėl, medicinos punktus įsteigus visoje Lietuvoje, padėtis šiek tiek pagerėjo, bet pagrindinis trūkumas liko, būtent: neturtingiems piliečiams, o ypač ūkininkams, kurie sudaro mūsų krašto daugumą, teisė naudotis nemokama medicinos pagelba pareina nuo to, ar ligonis yra patekęs į neturtingųjų sąrašą ar ne. Kaip žinoma, tuos sąrašus sudaro vietinės valsčiaus savivaldybės, duodančios tuo būdu teisę įrašytiesiems nemokamai naudotis medicinos pagelba savo punkte bei apskrities sav-bės ligoninėje. Į sąrašus įtraukiami visiškai nieko neturintieji ir dažniausiai tat dar pareina nuo viršaičio geros valios, noro, kartais net ir kaprizo. Ūkininkai, turintieji 1—2—3 ha žemės, į tuos sąrašus neįtraukiami, nors jų šeimos ir būtų kuo didžiausios. Taip pat neprieinami tie sąrašai miestelių gyventojams, turintiems vadinamus „namus“, kurie dažniausiai sudaro šiaip taip sulipdytos lūšnos vaizdą. Šitie piliečiai laikomi „namų savininkais“, nors jie ir neturėtų jokio kito uždarbio.

Ir štai toks mažažemis ūkininkas bei „namų savininkas“ suserga kurios nors formos piktybiniu naviku. Nepatekęs į minėtus sąrašus, jis šiaip taip užmoka punkto gydytojui už vizitą ir laukia iš jo patarimo. Pastarasis siunčia pacientą į apskrities sav-bės ligoninę, bet ligoninėje, pagal esamus apskrities sav-bės valdybos įstatus, reikalaujama gydymui pinigų avanso už keletą dienų arba valsčiaus valdybos liudijimo. Pilietis neturįs nei pinigų nei nepateikęs neturtingumo liudijimo, į ligoninę nepriimamas. Tuo atveju, kai gydytojas vis tik priima tokį ligonį, tai apskrities valdyba paprastai protestuoja, pareikšdama, kad tik būtinais, ekstra - atsitikimais tat leistina, arba, kaip tai daro kai kurios apskrities valdybos, už tokį ligonio priėmimą gydytojui taiko sankcijas, išskaitydami iš jo algos už ligonio išlaikymą ir panašiai.

Pateikiu pavyzdį iš savo praktikos.

Į ligoninę ateina moteris N. N., serganti pradine krūties vėžio forma. Nei pinigų, nei valsčiaus liudijimo neturi. Iš punkto gydytojo ji yra gavusi pažymėjimą apie susirgimą vėžiu. Ji kreipėsi į valsčiaus valdybą, prašydama neturtingumo liudijimo ir teisės nemokamai gydytis ligoninėje. Viršaitis ją išvarė, nenorėdamas visiškai su ja kalbėtis. Ligoninė jos priimti negalėjo, nes šitas atvejis neįeina į ekstra - atsitikimų kategoriją; tačiau ligoninė jai išdavė antrą pažymėjimą, patvirtindama punkto gydytojo diagnozę, ir patarė kartotinai kreiptis į valsčiaus valdybą. Ligonė grįžo pas mane tik po šešių mėnesių su didžiausiu jau neoperuojamu naviku. Per tą laiką ji kartotinai kreipusis į valsčiaus viršaitį, vis gaudama neigiamą atsakymą, kol pagaliau pastarasis susimylėjęs išdavė jai po šešių mėnesių neturtingumo liudijimą.

Kai kurios valsčiaus valdybos, nepaisydamos gydytojo pažymėjimo, pataria ligoniams laukti valsčiaus tarybos sprendimo; tos tarybos tačiau renkasi sykį per pusę metų. Panašių pavyzdžių galima sutikti praktikoje, kiek tik norima. Jeigu ligoniui reikia važiuoti į Kauną radium'o bei rentgenoterapijai, tai beturtis pilietis tik per stebuklą gali to susilaukti. Be to, provincijoje nėra nei atatinkamų brošiūrų, nei plakatų, kurie supažindintų gyventojus su piktybiniais navikais, ir jų dideliu pavojingumu ir t. t. Žodžiu, neskleidžiama jokia propaganda.

Galima faktiškai tvirtinti, kad klausimas kovos su piktybiniais navikais provincijoje organizuotas visiškai blogai ir esant dabartinei padėčiai atrodo visiškai beviltiškas.

Todėl aš siūlau šitam chirurgų suvažiavimui priimti rezoliuciją, su kuria netrukus turėtų būti supažindintas Sveikatos Departamentas ir prašomas kuo greičiausiai ją įgyvendinti. Rezoliuciją siūlau šio turinio:

Lietuvos chirurgų suvažiavimas, išklausęs savo 1939 m. balandžio mėn. 15 d. posėdyje gydytojo V. Burbos pranešimą, pripažįsta, kad kova su piktybiniais navikais vedama Lietuvoje visiškai nepatenkinamai, nes neapima plačiu mastu visų gyventojų sluoksnių, todėl šitam reikalui tinkamai sutvarkyti prašo Sveikatos Departamentą padaryti žygių, kad būtų įvestas visoje Lietuvoje nemokamas ambulatorinis ir stacionarinis ligonių, sergančių piktybiniais navikais, gydymas, įskaitant čia ir radium'o bei rentgeno spinduliais gydymą su kelionės išlaidomis į Kauną. Nemokamas gydymas turi būti sutvarkytas tais pačiais pagrindais, kaip ir nemokamas kai kurių limpamųjų bei venerinių ligų gydymas. Be to, chirurgų suvažiavimas prašo Sveikatos Departamentą atkreipti dėmesį į tinkamą to klausimo propagandą visų gyventojų sluoksnių tarpe. Pažymėjimas, išduotas privataus punkto bei ligoninės gydytojo del esamo ligonio susirgimo pikty-

biniu naviku, turi būti pakankamas įrodymas atitinkamoms įstaigoms tokį ligonį nemokamai paguldyti ligoninėje. Šito įstatymo nevykdymas turėtų būti atitinkamai baudžiamas.

Diskusijos del XIV-ojo (d-ro Vl. K. Burbos) pranešimo:

1. Prof. E. Vinteleris: Del d-ro Burbos paklausimo, kas padaryta Kaune kovoje su vėžiu, turiu pasakyti, kad Draugijos kovai su vėžio liga darbui Lietuvoje sąlygos yra gana sunkios. Šita Draugija įsteigta a. a. d-ro A. Domaševičiaus iniciatyva. Dar jam gyvam tebesant buvo surengta paskaitų diena apie vėžį Panevėžyje. 1938 m. lapkričio mėn. Draugija dalyvavo tarptautinėje kovai su vėžiu savaitėje su rinkliava Kaune, paskaitomis ir propaganda Kaune bei provincijoje (Ukmergėje). Draugija ligi šiol dar nelabai populiari ir narių skaičius truputį padaugėjo tiktai šiais metais. Tikiuosi, kad Lietuvos chirurgų dalyvavimas šitoje draugijoje pagyvins jos veiklą. D-ro Vl. K. Burbos rezoliucijai pritariu, tik reikėtų, kad ji būtų peržiūrėta tam tikroje komisijoje.

2. D-ras J. Žemgulys: Kovos su vėžiu klausimas labai platus ir sunkus. Šių metų kovos su vėžiu savaitę mes jį svarstėme Klaipėdos Medicinos Draugijoje visą vakarą ir labai menkas išvadas teprieėjome. Šitam rimtam susirinkimui rezoliucija, teliečianti tik klausimo dalelę, taip paskubomis priimti netinka. Šitas klausimas atidėtinas kitam kartui ir, gerai pasiruošus bei daugiau laiko turint, plačiau apsvarstytinas.

3. D-ras K. Pautienis: Rezoliucijos tokios, kaip kad ji yra suredaguota, nepatarčiau priimti, nes perdaug smulkiai nurodoma Sveikatos Departamentui, ką jis turi daryti. Siūlau tuo klausimu bendro pobūdžio rezoliuciją.

4. D-ras J. Mikelėnas: Kovos su vėžiu klausimas yra labai opus, bet, deja, nė vienoje valstybėje jis nėra susilaukęs tinkamo išsprendimo.

Svarbiausias dalykas, kad vėžys būtų pažintas ankstyvoje stadijoje ir kad ligonis tučtuojau būtų perduotas chirurgui.

Beveik visur pas chirurgą patenka 75—80% pavėluotų, neoperuotinų vėžio susirgimų.

D-ro Burbos pasiūlytoji rezoliucija yra sveikintina, bet ji kovos su vėžiu klausimo neapima visu platumu.

Viršaičio liudijimo negavimas negali sutrukdyti vėžį operuoti. Ligoninių gydytojams duodama teisė guldyti į ligonines ir be liudijimų, jei ligonio sveikatai gresia rimtas pavojus.

Išrinktina komisija, kuri neskubėdama išstudijuotų šitą klausimą ir paruoštų tinkamą mūsų gyvenimo sąlygoms pasiūlymą, kaip tvarkytinas kovos su vėžiu klausimas pas mus Lietuvoje.

5. D-ras V. Girdzijauskas siūlo išrinkti komisiją suredaguoti rezoliucijai kovos su vėžiu klausimu.

Į šitą komisiją išrinkti: pranešėjas d-ras Vl. K. Burba, prof. E. Vinteleris ir d-ras K. Pautienis.

Kovos su vėžiu reikalu komisijos pasiūlyta ir susirinkimo priimta šitokia rezoliucija:

Lietuvos Chirurgų Draugijos visuotinis suvažiavimas, 1939 metų balandžio mėn. 15 d. išklausęs d-ro Vl. K. Burbos pranešimą apie kovą su vėžiu ir kitais piktybiniais augliais, nutarė kreiptis per Sveikatos Departamentą į Vyriausybę su šiuo prašymu:

Turėdami galvoje, kad dabartinė piktybiniais augliais sergančių ligonių padėtis pas mus yra nepakenčiama, kad dauguma tokių ligonių miršta kaime negaudama jokios pagelbos, suvažiavimas prašo Vyriausybę, kad ji leistų tokiems ligoniams nemokamą gydymą savivaldybės ar valdžios lėšomis ligoninėse, kaip kad duodamas nemokamas gydymas šiltine, veneros ir kitomis užkrečiamomis ligomis sergantiems.

C. PRANEŠIMAI.

XV.

Gyd. J. Žemgulys.

PO NELAIMINGOJO SUŽEIDIMO PIRMAS GYDYTOJO APŽIŪRĖJIMAS IR PAGALBOS TEIKIMAS LIGONINĖJE.

Į sužeidimus nelaimingųjų atsitikimų metu reikia žiūrėti kaip į atskirą, labai specifišką ligų grupę, turinčią specifiškų savo tyrimo ir gydymo metodžių, tiktai jiems beveik ir tevartojamų. Beveik galima pasakyti: sužeidimai nelaimingųjų atsitikimų metu tiek daug bendra turi tarp savęs, jog sudaro kaip ir atskirą vienetą, aiškiai išsiskiriantį iš kitų.

Kalbamosios rūšies sužeidimų yra gana daug pramonėje, susisiekime, bet ir žemės ūkyje jų nestinga, ypač rudenį, kada prasideda javų kūlimas. Daug tos rūšies sužeistųjų mes turime dar ir del to, kad beveik visi jie kreipiasi į gydytojus, ne tik del to, kad sužeidimai būna sunkūs, bet ir del kitų priežasčių.

Daugumas darbininkų yra apdrausti nuo nelaimingų atsitikimų. Pirma draudimas lietė tik dirbančius pramonėje ir transporte; žemės ūkio darbininkai ir ūkininkai buvo apdrausti tik Klaipėdos krašte. Dabar žemės ūkio darbininkų ir ūkininkų draudimas nuo nelaimingų atsitikimų išplėstas visoje Lietuvoje.

Paskui, nuo kai kurių sužeidimų, vad. mediko - legalinių, kurie visai prilygsta nelaimingiems, prasideda bylos teisme, kur reikalingi yra gydytojų pažymėjimai. O kadangi pas mus mėgstama muštis ir bylinėtis, del to nepraleidžiama progos įsigyti gydytojo pažymėjimo galimos teismo bylos reikalui. O tam, kaip visi žino, tuojau po sužeidimo reikia kreiptis į gydytoją.

Tuo būdu sužeistųjų skaičius pas gydytojus ir ligoninėse susidaro ne visai mažas.

Iš viso sužeistųjų gydymo svarbiausiasyra pirmasis gydytojo apžiūrėjimas ir pagalbos teikimas ligoninėje. Čia turiu galvoje tik rimtesnius atsitikimus. Smulkūs dalykai praeina be didesnio dėmesio. Pirmas gydytojo apžiūrėjimas ir pagalbos teikimas svarbus yra del to, kad jis yra lemiamas tolimesniam gydymui ir ligonio sveikatai. Pvz., jei pirmo apžiūrėjimo metu gydytojas išpjovė ar susiuvo žaizdą, amputavo ar tiksliai kaulus reponavo, tai ligonio likimas yra vienoks; jei to nepadarė, tai bus kitoks. Pirmojo apžiūrėjimo metu nustatomas visas tolimesnis ligonio gydymas, neretai net pradedamas. Toliau lieka tik gydymas tęsti, kas yra, žinoma, daug lengviau.

Pirmas sužeistojo apžiūrėjimas ir pagalbos teikimas yra chirurgui ypatingai sunkus ir atima daug jo laiko. Tat yra del daugelio priežasčių. Viena, šitais atsitikimais yra ypatingai

daug rašymo. Jokia kita ligonių rūšis tiek rašymo nereikalinga, kaip sužeistieji. Čia reikia ne tik stropiai surinkti anamnezė ir išsamiai apžiūrėti ligonis, bet dar reikia tatai visa tuojau fiksuoti ligos istorijoje. Tat yra reikalinga štai del ko.

Daugeliu šitos rūšies atsitikimų gydytojui tenka rašyti pažymėjimai, jei ir ne tuojau, tai vėliau. Pažymėjimų būna įvairiausių: 1) pažymėjimas policijai apie sužalojimo rūšį, 2) pažymėjimas Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų kasai, pridedamas prie protokolo, 3) ekspertizė teismui, 4) ekspertizė ligonių kasai, 5) neretai dar reikalingas ligos istorijos nuorašas teismui arba Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų kasai, arba abiem.

Sužeistiesiems išduodamieji pažymėjimai yra trafaretiniai. Reikia atsakyti į tam tikrus klausimus. Bet atsakymai reikia rasti ligos istorijoje. Įvairios įstaigos stato įvairių klausimų. Net identiškų įstaigų, pvz., Klaipėdos krašto apdraudimo įstaigos nuopuolių skyriaus ir D. Lietuvos Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų kasos klausimų tarpe, greta identiškų, būdavo ir skirtingų. Žinant, kad teks rašyti visokių pažymėjimų; tiek renkant anamnezę, tiek aprašant status praesens, reikia dirbti akylai, kad nebūtų praleisti duomenys, kurie vėliau rašant pažymėjimus ir ekspertizes bus reikalingi.

Geriausia yra dirbti pagal tam tikrą schemą. Schema nelaimingojo atsitikimo sužeidimui tirti turi būti specifiška, nes tenka atsakyti į klausimus, kurie medicinišku atžvilgiu gal ir neįdomūs, bet įdomūs juridiniu ir socialiniu atžvilgiais, pvz.: kaip įvyko nelaimingas atsitikimas? ar ligonis yra kairiarankis ir pan. Svetimose literatūrose tokių schemų apsčiai pateikiama. Ir mes Klaipėdoje buvome išsidirbę tokią schemą vietos reikalams.

Labai svarbu yra skubiai užfiksuoti popieryje pirmasis ligonio apsakymas, kaip įvyko nelaimingas atsitikimas. Iš pradžių ligonis, atpasakodamas, laikosi gana arti tiesos. O jau kitomis dienomis, apsigalvojęs ar kitų ligonių pamokytas, dažnai pradeda gražinti atsitikimą, taip kad po kelių dienų vaizdas pasidaro žymiai kitoks. Del to pirmojo apžiūrėjimo metu reikia nepraleisti progos atitinkamai pakvosti sužeistojo.

Taigi, kaip matome, rašymo sužeidimų atsitikimais yra daug. Kadangi dabar daugumas nuo nelaimingų atsitikimų apdrausti, del to į kiekvieną nelaimingai sužeistąjį reikia žiūrėti kaip į apdraustąjį ir plačiai aprašinėti.

Antra, pirmosios gydytojo pagalbos teikimas ligoninėje yra ir mediciniškai sunkus darbas. Turi būti pavartotos visos moderniosios tyrimo ir gydymo priemonės, kad mažiau liktų invalidų, kuriems reikia pensija mokėti, ir kad tos pensijos mažesnės teišeitų. Tai yra ne pirmosios pagalbos teikimas vietoje ir ne sanitaro pagalba. Reikia nuspręsti, ar reikalinga ope-

racija ir kuri. Reikia nusistatyti del bendro sužeistojo stovio, ar reikalinga kraujo transfuzija ar kitos priemonės. Tenka spręsti ir mediko-legaliniai klausimai. Sakysime, darbininkas pastūmė vagoną ir ateina su kyla. Reikia atskirti, ar kyla yra nuo pastūmimo, kaip tvirtina ligonis, ar nuo seniau. Neišsprendus to klausimo tuojau, vėliau išeina susirašinėjimas su ligoniu kasa, kodėl ir kam.

Chirurgo darbas pasunkėja dar ir del to, kad jis nėra tipiškas ir nėra atidedamas laisvam laikui ar nustatytoms darbo valandoms. Kiekvienas darbas, kiekviena operacija, jei tik ji pasidaro tipiška, pasidaro tuo būdu ir lengva. O sužeidimų operacijos, kad ir dedama pastangų, bet vis tik nesiseka visiškai sutipinti. Del to sužeidimo operacija dažnai būna sunkesnė, kaip apendicito, hernijos, gastrojejunostomijos. Ne kiekvienas gydytojas, kuris pajėgia nuoperuoti herniją ir apendicitą, pajėgtų sėkmingai nuoperuoti sužeistąjį. Šita operacija, kaip ir kiekviena, neįmanoma pataisyti: vieną kartą padaryta, ji jau nebepakeičiama, kaip gipsas ar koks kitas įtvaras.

Kaip sakiau, pirmasis gydytojo apžiūrėjimas ir pagalbos teikimas negali būti atidedamas darbo valandoms, bet turi būti vykdomas kiekvienu dienos ar nakties metu. Jei pirminiam žaizdos išpjovimui svarbi kiekviena valanda, tai suprantama, kad apie pagalbos teikimo atidėjimą negali būti nė kalbos. Pagalba turi būti greita, chirurgas turi tuojau vykti, nors ir neseniai būtų atsigulęs.

Kadangi chirurgo darbas šitais atsitikimais yra toks sunkus ir ilgas, tai natūralu, kad mes visi turime ieškoti būdų tam darbui palengvinti, nepakenkiant, žinoma, ligoniui.

Svarbiausios priežastys, del ko kartais taip daug sugaištama, yra šios: 1) nepakankamas pasiruošimas darbui iš anksto, laisvu nuo ligonių laiku, tiek intelektualinis, tiek medžiaginis; 2) nepakankamai gausingo žmonių skaičiaus į darbą įtraukimas (dirba keli, o kiti dykauja); 3) laiko gaišinimas laukimui (vieni kitų laukia).

Kartais gaunamas šitoks vaizdas: ligonis susižeidžia dieną, atvežamas į ligoninę vakare. Tada prasideda darbas: apžiūrima žaizda ir tuojau čia pat pradedama operuoti. Paaiškėja, kad operacija išeina didesnė, kaip buvo numatyta. Stinga instrumentų ir kito pasirengimo. Laukiama, kol jie išvirs. Paaiškėja, kad reikia daugiau žmonių, vėl laukiama, kol jie ateis, ir nervuojamasi. Galop operacija baigiama. Paaiškėja, kad ligonis silpnas ir reikalinga kraujo transfuzija. Ieškoma davėjų, tiriama jų kraujo grupė. Gerai, jei pavyksta greitai rasti, o tai, kol viskas padaroma, ir pusiaunaktis praeina. O kadangi nelaimės neretai būna porinės, tai naktis kaip ir nebuvusi. Jei ligonis miršta, paaiškėja, kad ligos istorija nerašyta, gaunama naujų nesmagumų, kada reikia rašyti kasai ar teismui. Aišku, kad

taip dirbti ir gyventi negalima. Du ligoniai per visą naktį — tai per maža! Tai atmuša norą aktyviai veikti ir lenkia chirurgą prie mažiau sėkmingo konservatyvaus gydymo.

Idealus susitvarkymas būtų toks, kad chirurgas pasirengęs lauktų darbo, o ne darbas chirurgo, kad į darbą būtų įtraukti visi, kas tik gali būti įtrauktas, ir kad nė vienas žmogus nė vienos minutės neturėtų laukti kito.

Čia aš norėčiau pasiūlyti kelias priemones chirurgo darbui ir padėčiai palengvinti, kurios įvairiais atsitikimais buvo išmėgintos Klaipėdoje ir man pasirodė tinkamomis praktikai. Nepretenduoju jomis klausimo išspręsti, bet tik prisidėti prie jo išsprendimo.

Pirmiausia pasiūlyčiau, kaip taisyklę, pirmąjį gydytojo apžiūrėjimą ir pagalbos suteikimą ligoninėje padalinti į 2 dalis: 1) pirmąjį gydytojo apžiūrėjimą ir 2) pagalbos teikimą. Taip į 2 dalis suskirstytas darbas šitaip eina:

Tuojau ligoniui atvykus, surenkama anamnezė iš paties ligonio ir jo palydovų, patikrinamas bendras ligonio stovis ir išsprendžiamas klausimas del kraujo transfuzijos. Toliau atrišamos žaizdos, apžiūrimos ir vėl užrišamos. Nieko nedaroma, gal tik peanu užspaudžiamas trykštantis indas. Apžiūrint patikrinama, kurie audiniai sužeisti, kurio laipsnio sužeidimai ir kas reikėtų padaryti. Šitaip greitai apžiūrint, jei visko ir nepamatysi, bet pamatai pakankamai, kad galima būtų spręsti tolimesni veiksmai. Tuojau turi būti išspręstas klausimas, ar reikalingos rentgeno nuotraukos ir kurios, ar reikalingas koks laboratorinis tyrimas (šlapimų, liquor'o ir kt.), ar gali būti reikalinga operacija. Principinis operacijos reikalingumas dažnai gali būti išspręstas ir be rentgeno ir laboratorijos; tie tyrimai reikalingi tik operacijos rūšiai, dydžiui ir detalėms nustatyti. Principinis operacijos reikalingumo išsprendimas reikalingas tik nutarimui, ar reikia užkaisti vanduo instrumentų sterilizatoriuje ir kviesti operacinis personalas, ar ne, nes tam kartais išeina nemaža laiko.

Nuo dabar darbas jau eina 5 keliais:

1) vieni tikrina, jei reikia, ligonio kraujo grupę, ieško kraujo davėjų, tikrina jų kraujo grupes ir ruošiasi kraujo transfuzijai.

2) Kiti daro rentgeno nuotraukas ir laboratorinius tyrimus.

3) Treti (operacinė sesuo) užkaičia instrumentų sterilizatorių operaciniame kambaryje ir renka žmones operacijai. Smulkesnius nurodymus, kas reikalinga operacijai, operacinė sesuo gauna vėliau, gydytojams išsiaiškinus operacijos detales.

4) Ketvirti (palatinė sesuo ir sanitarė) ruošia ligoniui vietą palatoje ir tuojau pradeda jį rengti ir valyti, kaip tik jis grįš iš rentgeno kabineto.

5) Penkti (gydytojai) aptaria, kas reikalinga padaryti ligoniui. Jei pirmąjį apžiūrėjimą padarė ne chirurgas ar mažiau prityręs kolega, tai čia atliekama konsultacija su vyresniuoju chirurgu. Pasitarti beveik visada laiko atsiranda (nors kelias minutes), nes tai ne kautynių metas, ir tokia skuba nereikalinga. Gydytojų pasitarimai yra labai naudingi, nes besitariant ateina geresnių minčių, galima reikalas tobuliau sutvarkyti ir progresuoti. Čia yra proga ir pagalvoti ir į literatūrą pasižiūrėti.

Kada padarytos rentgeno nuotraukos ir visi reikalingieji laboratoriniai tyrimai, galima jau nustatyti operacijos ir kito gydymo detalės ir galima pranešti operacinei seseriai, kurie bus reikalingi instrumentai, vaistai, prietaisai (gipsas) ir žmonės, ir palatinei seseriai, kaip reiks paguldyti sužeistasis.

Kaip matome, chirurgui, apžiūrėjusiam ligonį, pirmiausias darbas yra iškviesti daugiau personalo. Geriausia yra tuojau popieryje surašyti, kas būtent iš personalo turi būti iškviestas ir kas kurį darbą turės atlikti. Sulig duotuoju sąrašu personalą gali iškviesti bet kas: sesuo budėtoja, šveicorius ar kas kitas, ir kiekvienas iškviestasis iš raśto sužinos savo darbą. Tuo būdu chirurgui susitaupo daug laiko. Jei apžiūrintysis gydytojas pats nesiryžta ko daryti, gali pasikalbėti telefonu su vyresniuoju kolega.

Dažnai sužeidimai iš pradžių atrodo, kaip visai lengvi, pradedami tvarkyti nepasiruošus, o toliau pasirodo, kad pakenkimai esą žymiai didesni, kaip kad buvo manyta, kad esančios pakenktos, pvz., sausgyslės, nervai, ar sužalota arterija. Iš savo patyrimo galiu pasakyti, kad sužeidimo operacijai geriau yra visada ruoštis kaip didesnei, negu yra numatoma: daugiau instrumentų pasiruošti, daugiau žmonių pasikviesti, negu manoma, kad bus reikalinga.

Pirmosios pagalbos operacijai paprastai reikia daugiau žmonių dar ir del to, kad tai nėra tipiška operacija. Būna atsitikimų, kad vienam ligoniui daromos kartu dvi operacijos. Pvz., darbininkui, sprogdinant akmenį, sužeistos abi rankos ir galva. Vienas chirurgas gali operuoti vieną ranką, antras tuo pačiu metu antrą ir pan. Tuo būdu operacija trumpiau tetrunka, mažiau laiko ligonis narkozėje tebūna. Reikiant operacijai daugiau žmonių, jie papildomai iškviečiami iš kitų grupių, jei tik galima.

Tuo būdu pirmasis gydytojo apžiūrėjimas skiriasi nuo pagalbos teikimo tam tikru

ilgesniu ar trumpesniu laikotarpiu, kuriame atliekami įvairūs pasirengimai. Tatai turėtų būti taisyklė. Daryti kurios nors rimtesnės operacinės intervencijos pirmojo apžiūrėjimo metu, tinkamai nepasiruošus, turėtų būti laikoma klaida. Taip galima daryti tik visai menkų sužalojimų atsitikimais, pvz., kabutėms uždėti, kur nereikia ekscizijos.

Kraujo transfuzija būna reikalinga dažnokai, gal dažniau, negu praktikuojama. Neretai anemijos padariniai pasireiškia ne tuojau, bet po 1—2 dienų, kada įvyksta nebepataisomi parenchiminių organų pakitimai nuo anemijos.

Kraujo transfuzija daroma čia prieš operaciją, čia po jos, atsižvelgiant į tai, kokis yra bendrinis ligonio stovis ir kaip greitai galima surasti kraujo davėjas. Pastarasis klausimas vertas yra platesnio aptarimo. Kraujo davėjų klausimas turi būti anksčiau, laisvu laiku, sutvarkytas, kad prireikus, naktį, mažiau reikėtų gaišti ir galima būtų reikalas patenkinti.

Klaipėdoje kraujo davėjų gaudavome iš 3-jų šaltinių:

1) Iš ligonio giminių arba jo palydovų. Tat yra gera davėjų rūšis, jei tik tokių yra, nes nereikia už kraują mokėti, arba jei ir reikia, tai vis tik jis yra, kad ir už pinigus. Del to reikia neskubėti palydovų atleisti, kol kraujo transfuzijos klausimas neišspręstas; antra vertus, reikia skubėti išspręsti kraujo transfuzijos klausimas, kol tebėra palydovai ir giminės.

2) Antras davėjų šaltinis yra iš anksto surinkti, sutinką prireikus duoti, ištirti ir adresus palikę žmonės. Svarbu, kad su jais lengvai galima būtų susisiekti telefonu. Nemaža gaudavome kraujo davėjų iš studentų tarpo; tiktai jų ilgai nėra vasarą, Kalėdų ir Velykų atostogų metu. Iš darbininkų ir bedarbių tarpo kraujo davėjų maža teturėjome, nes pasiūla iš jų pusės mažesnė tebuvo, su jais sunkiau susisiekti telefonu, jų gyvenamosios vietos mažai pastovios. Patikimiausias kraujo davėjų elementas pasirodė esąs ligoninės personalo ar kitų pažįstamų, turinčių telefoną, tarnaitės, auklės ir kiti namiškiai. Manau, kad į šitą davėjų rūšį reikia kreipti daugiausia dėmesio, apsirūpinant iš anksto kraujo davėjais. Šitokie kraujo davėjai gali ir toliau gyventi, aplinkiniuose dvaruose ar ūkiuose; svarbu tik, kad būtų lengvai pasiekiami telefonu ir būtų arti prie susisiekimo priemonių, kad prireikus galėtų greit atvykti. Tiesa, galima ir taksiukas nusiųsti atvežti.

Dar pažymėtini du dalykai: 1) Didesnių mokyklų, fabrikų ar įstaigų viršininkai nieko nepadeda kraujo davėjams surasti: jie, viena, bijo, kad del to jų žmonės darbingumo nenustotų;

antra, jie mano, kad jų iniciatyva darbininkų gali būti suprasta, kaip vertimas duoti kraujo. Del to per viršininkus kraujo davėjų ieškoti neverta, o reikia kreiptis tiesiog į asmenį, kuris galėtų jo duoti.

Antras pažymėtinas dalykas yra, kad į laikraščių skelbimus, kad reikalingi kraujo davėjai, maža kas atvykdavo, o pastaraisiais metais ir visai nebeatvykdavo, nors mokėdavome po 80 litų už 400 ccm porciją, o pastaruoju laiku net 100 litų.

3) Galop, trečias kraujo davėjų šaltinis yra ligoninės personalas. Jis turi būti taupomas ir vartojamas tik išimtiniais atsitikimais, kada nė iš kur kitur davėjų gauti negalima.

Jei vienam sužeistajam beteikiant pagelbą atgabena antrą, tai, norint nesutrukti, nieko daugiau nelieka, kaip iškviesti visai naujas, nebuvęs darbe personalo sąstatas naujai atgabentam aprūpinti, jei tik, žinoma, tiek personalo yra. Priešingu atveju pagalbos suteikimas naujam ligoniui gali nusitęsti.

Kita priemonė gydytojo darbui sumažinti tat yra jo pavadavimas. Tat yra platus klausimas. Čia aš paliečiu tik tas detales, kurios liečia kalbamąją temą.

Kad seserys gali gana sėkmingai pavaduoti gydytoją asistentą operacijos metu, tat yra žinoma kiekvienam provincijos ligoninės gydytojui. Man teko pastebėti, kad yra seserų, kurios ne tik kraujo davėjų suradimą atlieka, bet ir visiškai patikimai nustato kraujo grupę, makroskopiškai ir mikroskopiškai.

Goldhahn savo knygutėje „Tvarkingas chirurgijos skyriaus vedimas“ sako, kad sesuo galinti surinkti ir nelaimingojo atsitikimo beveik visą anamnezę, jei tai daroma specialiuose blankuose su išspausdintais klausimais, kur reikia tik įrašyti atsakymai. Man to neteko išmėginti praktikoje, nes gydytojams tam laiko vis dar kaip nors rasdavosi. Gal būt, kad masinio darbo atveju tatai ir būtų vietoje.

Jei seserys ir negalėtų anamnezės surinkti, tai užrašinėti į ligos istoriją gydytojui diktuojant dauguma jų gali. Tatai gali padaryti ne tik seserys, bet ir kiekvienas raštininkas ir kitas pripratęs greitai ir gražiai rašyti žmogus. Tai yra žymi sutaupa gydytojui laiko ir jėgų, jei sesuo yra įpratusi kalbamuoju greitumu, be didesnio jai akcentavimo, kas reikia užrašinėti į ligos istoriją.

Tuo būdu didesniam personalo skaičiui darniai dirbant, pasiseka žymiai greičiau darbas baigti, chirurgo jėgos ne taip išsieikvoja ir jis gali turėti moralinio pasitenkinimo.

Čia kalbėjau tik apie pirmąjį gydytojo apžiūrėjimą ir pagalbos teikimą ligoninėje bendrais bruožais. Detalių nustaty-

mas, žinoma, turi būti paliktas kiekvienam chirurgui sulig aplinkybių.

Į tobulesnį susitvarkymą pirmą kartą nelaimingai sužeistąjį ligoninėje apžiūrint ir jam pagalbą teikiant reikia dėmesio atkreipti ne tik del to, kad tai mums patiems sudaro vargo, bet dar ir del to, kad į tai galima žiūrėti, kaip į mažą repeticiją karo meto darbui. Skirtumas yra tik tas, kad čia darbas individualinis, o ten masinis. Kai nustatysime tobulesnę pagalbos teikimo tvarką ir įprasime ją vartoti, lengviau bus ir karo metu. Karo metui išvadas imkime ir iš kasdieninio savo patyrimo, o ne kurkime dėsnius vien tik iš svetimos literatūros.

Résumé.

La première intervention chirurgicale à l'hôpitale dans les cas des blessures accidentelles.

Le premier secours chirurgical prêté au blessé a une importance considérable pour le traitement tout entier, puisque c'est de lui que dépend le sort du malade. Le traitement du blessé éxige beaucoup de temps et de forces de la part du chirurgien, car une interrogation minutieuse et des notes détaillées sont absolument indispensables. Ce travail demande une incontestable compétence du médecin et ne peut d'aucune façon être rémis aux heures de reception. Afin de perfectionner le travail et la tâche du médecin, la bonne marche de l'organisation est nécéssaire. Il serait tout à fait souhaitable que ce soit le médecin qui attend le malade, et non pas le contraire. Il faut, que le personnel soit engagé en suffisance et que personne ne soit pas obligé d'attendre.

Pour atteindre ce but les mesures suivantes s'imposent: 1). laisser un certain laps de temps entre le premier examen du blessé et le traitement. Pendant ce temps se font les préparatis indispensables. 2) Distribuer le travail par écrit. 3) Celui-ci doit être reparti entre 5 groupes. 4) Les donneurs du sang doivent être connus d'avance. Les plus sûrs donneurs du sang sont les subalternes des médecins de l'hôpital privés ainsi que leurs connaissances, dont les adresses doivent être enregistrées, et qui habitent dans les endroits facilement accessibles aux automobiles. La transfusion du sang doit être pratiquée dans une mesure plus large que jusqu'à ce jour. 5) L'aide des infirmières peut avoir une grande importance: elles trouvent les donneurs du sang, assistent aux opérations, et enfin, écrivent sous la dictée du médecin l'histoire de la maladie.

La portée de ce problème est incontestable non seulement à cause du nombre des malades de ce genre, qui est fréquent, mais parce que l'organisation du secours prête aux blessés accidentels offre une répétition du travail du médecin en temps de guerre.

Diskusijų del XV-ojo (d-ro J. Žemgulio) pranešimo nebuvo.

XVI.

Pulk. ltn. gyd. J. Stasiūnas.

KRAUJO TRANSFUZIJOS KLAUSIMU.

Kraujo transfuzijos klausimas šiuo metu pasidarė labai aktualus, ir kraujo perpylimo pareikalavimai darosi vis dažnesni ne tik chirurgiškų susirgimų atsitikimais (staigios anemijos po sužeidimų, operacijų ir kt.), bet taip pat ir daugelio kitų nechirurgiškų susirgimų atsitikimais (infekcinės ligos, anemijos, haemophilia ir kt.). Ateities karo metu kraujo transfuzija bus viena iš svarbiausių gydymo priemonių kovojant su staigia anemija ir šoku.

Iki šiol vartoti kraujo perpylimo tiesioginiai būdai buvo gana sudėtingi, reikalavo brangios ir sudėtingos aparatūros, prityrusio personalo ir asistentūros ir todėl buvo prieinami tik atskiriems žmonėms — chirurgams specialistams. Del to kraujo transfuzijos išsiplėtojimas ėjo labai pamažu visose šalyse. Manau, kad Lietuvoje yra dar tokių ligoninių, kur kraujo transfuzija nė vieną kartą nebuvo padaryta.

Kraujo transfuzijos metu didžiausią kliūtį sudaro kraujo kūnelių koaguliacija, pasidaranti kraujui iš kraujagyslių išėjus ir patekus į neįprastas jam sąlygas. Citrato skiedinyje buvo surasta labai svarbi priemonė kraujo sukrešėjimui sustabdyti ir tik citrato skiedinį įvedus kraujo transfuzija buvo pradėta plačiau vartoti. Pirmieji citruoto kraujo perpylimą pradėjo vartoti anglai didžiojo karo metu, rusai 1921 m. Dabar citruoto kraujo perpylimas yra visur labai plačiai vartojamas ir ateityje jis liks, turbūt, vienintelis kraujo perpylimo būdas, kaip labiau paprastas ir geriau visiems prieinamas. Citruoto kraujo nekenksmingumas yra visiškai įrodytas įvairių autorių, padariusių tūkstantis tokių kraujo transfuzijų. Priešingai lauktiems duomenims buvo pastebėta individualių reakcijų žymus sumažėjimas po citruoto kraujo transfuzijos. Pagaliau, citruotą kraują perkošus pro koštuvus, išvengiama trombozių ir embolijų, ko nevisuomet galima išvengti vartojant įvairią dabar esamą aparatūrą.

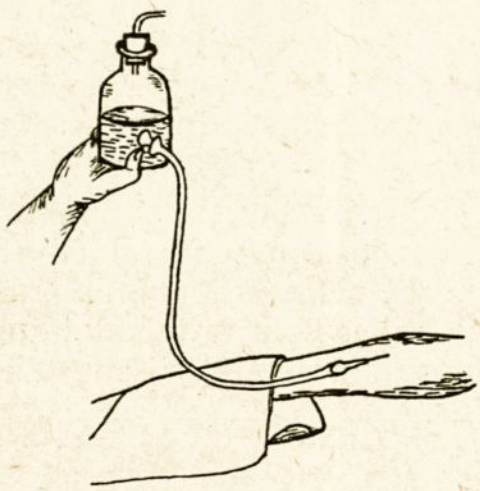
Anksčiau buvo vartojamas 3,8% — 4% citrato skiedinys santykyje 1:10 kraujo; dabar pereinama prie stipresnių skiedinių — 10% ir vartojama santykyje 1:20 arba 1:25, nes manoma, kad, silpniau atskiedžiant kraują, mažiau keičiasi kraujo koloidinis stovis. Citrato skiedinys sterilizuojamas paprastai virinant. Kiti kraujo stabilizicijai pasiūlytieji sinteziniai preparatai, k. a., synarthrin, heparin, antitrombin ir kt., yra dar tyrimų stadijoje ir praktiškos reikšmės neturi.

Citratiniam kraujui perpilti aparatūra labai paprasta ir gali būti sukonstruota kiekvienoje ligoninėje iš esamos ten pat me-

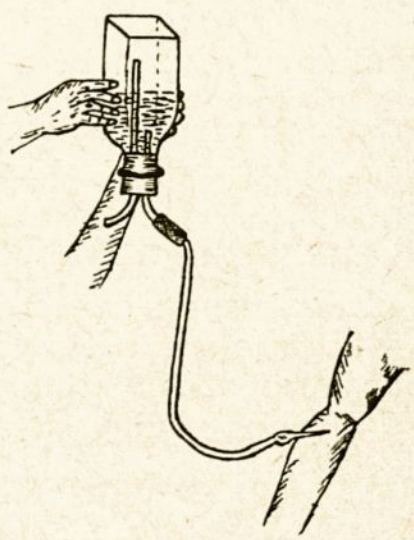
džiagos. Vienas labai svarbus reikalavimas yra statomas aparatūrai citratinio kraujo transfuzijoms — ji turi būti švari, stropiai išplauta ir joje neprivalo likti buvusios kraujo transfuzijos liekanų. Aparatūra valyti patariama šiaip: 1) po transfuzijos plaunama šaltu destiliuotiniu vandeniu, 2) po to plaunama muilo ir 1% lizolio skiedinyje, 3) perplaunama tekančiu steriliu vandeniu, 4) verdama in aq. tridestillata, 5) sterilizuojama autoklave. Instrumentai verdami 0,1% NaOH skiedinyje, o paskui destiliuotiniame vandenyje. Pastebėta, kad nepakankamas aparatūros valymas padaugina reakcijų skaičių po transfuzijų ir tiktai atidus aparatūros valymas ir paruošimas apsaugoja nuo negeistinų reakcijų po transfuzijos.

Maskvos kraujo transfuzijos centrinis institutas pasiūlė Rokk'o aparatą, kuris susideda iš paprasto butelio su plačiu kakleliu ir tubus'u šone butelio apatinėje dalyje. Ant stiklinio tubus'o užmaunamas ½ metro ilgio guminis vamzdelis, kuris baigiasi adata. Kraujo transfuzijai adatos turi būti vartojamos storos — 1,2 mm diametro, tačiau plonomis sienomis (D u f f a u x) ir sustorintais galais, ant kurių laikytųsi užmautas guminis vamzdelis; paimant ir laikant kraują guminis vamzdelis užspaudžiamas Moor'o spaustuku. Kraujui paimti yra kitas guminis vamzdelis, kurio viename gale yra adata, o antrame — 10—12 cm. stiklinis vamzdelis, įstatomas į butelį. Išardytas aparatas sterilizuojamas autoklave. Surinktas sterilus aparatas perplaunamas citrato skiediniu, pripilama citrato sk. reikalingas kiekis ir pradedama imti kraujas. (Žiūr. 1 piešinį).

Maskvos ir Ukrainos kraujo transfuzijos centrai šiuo metu yra pradėję vartoti dar paprastesnę metodę — D u b r o v'o, kuri dabar yra priimta rusų kariuomenėje kaip standartinė. Dubrov'o aparatas susideda iš paprasto kariško tipo butelio plačiu kakleliu ir guminiu kamščiu, pro kurį yra prakišti 2 stikliniai vamzde-



1. p i e š i n y s.
R o k k'o kraujo transfuzijos aparatas.



2. p i e š i n y s.
D u b r o v'o kraujo transfuzijos aparatas.

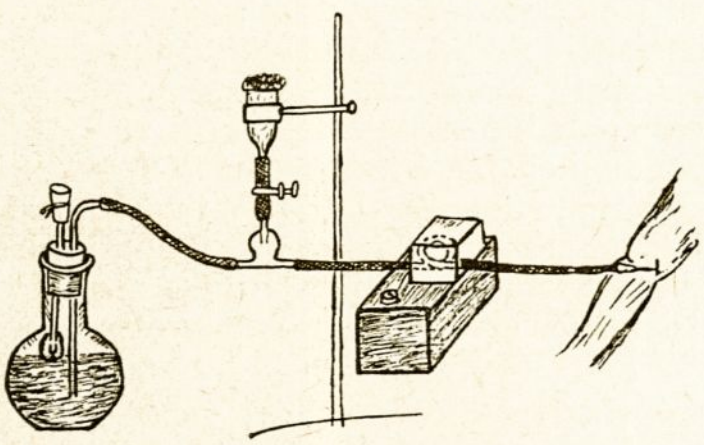
liai, kurių vienas eina beveik iki dugno, o antrasis baigiasi tuojau už kamščio. Kraują imant guminė žarnelė su adata ant vieno galo užmaunama ant ilgesnio stiklinio vamzdelio, adata įduriama į davėjo veną ir taip imamas kraujas.

Perpilant ilga guminė žarnelė, skirta kraujui perpilti, su adata ant vieno galo užmaunama ant trumpesniojo stikliuko, butelis apverčiamas, pakeliamas aukštyn, adata įsmeigiama į ligonio veną ir savo spaudimu kraujas teka į ligonio veną. (Žiūr. 2 piešinį).

D-ro T z a n c k'o vedamas Paryžiaus kraujo transfuzijos centras vartoja šią aparatūrą. Įmamas vieno litro talpos „Pyrex" stiklo butelis plačiu kakleliu, turinčiu guminiame kamštyje 2 stikliniu vamzdeliu. Vienas vamzdelis eina beveik iki dugno, antras baigiasi tuojau už kamščio ir turi gale 2 vertikalinius plonos vario vielos tinklelius — koštuvus. Ant kyšančių iš bonkos abiejų stiklinių vamzdelių galų užmaunamos popierinės kepuraitės. Taip butelis sterilizuojamas autoklave.

K r a u j o p a ė m i m a s. Ant ilgojo stiklinio vamzdelio galo užmaunama guminė žarnelė, kuri eina pro Henry-Jouvelet kraujo transfuzijos aparatą ir baigiasi adata, įsmeigiama į davėjo veną. Išėjusi iš aparato guminė žarnelė turi išsišakojimą aukštyn, kur yra prietaisas citrato skiediniui lašinti. Paleidžiamas aparatas, atsukamas citrato skied. Moor'o spaustukas ir taip sureguliuojama, kad kiekvienu aparato apsisukimu nulašėtų 1 lašas citrato sk. (1 lašas citrato = vienam ccm kraujo).

Citrato skiedinys gaminamas iš 9 dalių natrii citrici tribasici, 1 dalies gliukozės ir aq. bidestillatae ad 100,0 ir sterilizuojamas tindalizacijos būdu.



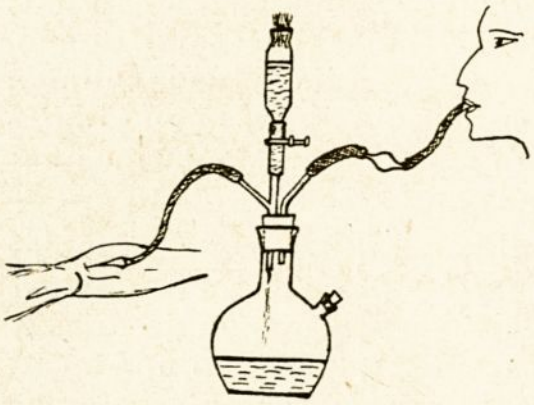
3. p i e š i n y s.
D-ro T z a n c k'o kraujo transfuzijos aparatas.

K r a u j o p e r p y l i m a s. Ant trumpojo stiklinio (žiūr. 3 piešinį) vamzdelio užmaunama guminė žarnelė su adata ant antrojo galo, apverčiamas butelis dugnu aukštyn, pakeliamas

aukščiau ir pritvirtinamas ant stovo, įsmeigiama adata į ligonio veną ir kraujas iš butelio bėga.

Bordeaux prof. Je a n n e n e y'o kraujo transfuzijos įstaigoje vartojama ši aparatūra. Imamas $^1/_2$ litro talpos butelis su tubus'u šone ir guminiu kamščiu, turinčiu 2 stikliniu vamzdeliu. Vienas iš vamzdelių turi išsišakojimą; ant vienos šakos užmaunama guminė žarnelė su adata, antra įkišama į buteliuką su 10% — 10,0 citrato skiedinio.

Ant antrojo stiklinio vamzdelio užmaunama guminė žarnelė, kuri viduryje turi vatos koštuvą ir baigiasi stikliuku. Ant šoninio tubus'o yra užmauta guminė žarnelė su stikliniu kaištuku.



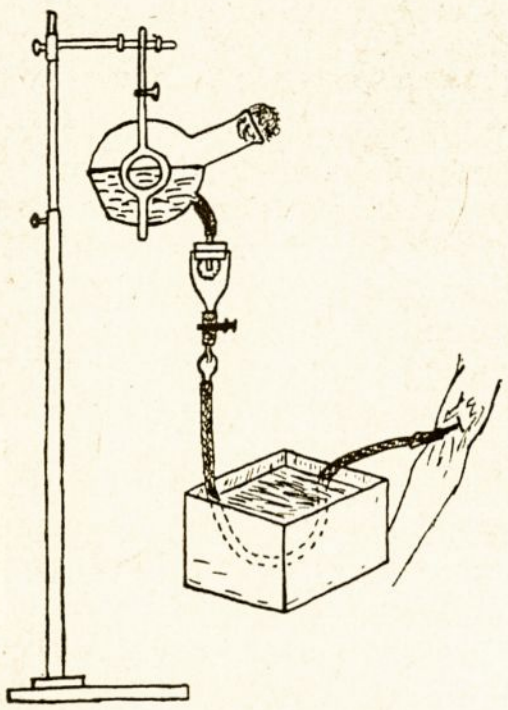
Prof. Je a n n e n e y'o kraujo transfuzijos aparatas (kraujui paimti).

K r a u j o p a ė m i m a s. Taip paruošus aparatą, smeigiama adata į davėjo veną, atidaromas Moor'o spaustukas, kad lašėtų citrato sk., čiulpimu aspiruojamas iš butelio oras, butelis atsargiai judinamas. Užbaigus kraujo ėmimą, guminis kamštis su visais priedais išimamas iš butelio ir butelis užkišamas sterilios vatos kamščiu. (Žiūr. 4 piešinį). Kraujas imamas aspiruojant tuo sumetimu, kad imant kraują įvairiais aparatais kraujo globulininis sąstatas traumojasi ir traumotos globulininės masės, patekusios į ligonio kraują, gali sukelti negeistinus reiškinius.

K r a u j o p e r p y l i m a s. Nuo šoninio tubus'o numaunama guminė žarnelė su stikliniu kaištuku, nudeginamas tubus'o kaklelis ant ugnies ir užmaunamas transfuzijai prietaisas, kuris pakelyje turi plono šilko koštuvą ir lašintuvėlį. Apatinė guminės žarnelės dalis įdedama į termosą (39°C), kad kraujas neatšaltų, butelis pakreipiamas šonu ir pakeliamas aukštyn. Kraujas lašais suleidžiamas ligoniui į veną. Labai svarbu, kad, paimant ir perpilant citruotą kraują, kraujas nesusisiektų su oru; patariama visuomet vartoti uždara aparatūros sistema. (Žiūr. 5 piešinį).

Kraujo transfuzijos organizacijos darbe labai svarbi yra kraujo davėjų problema. Nekalbant jau apie stoką savanorių, sutinkančių be atlyginimo paaukoti savo kraujo ligoniui, sunku yra sudaryti reikalingas kadras žmonių, sutinkančių ir už palyginti nemažą atlyginimą duoti savo kraujo. Lietuvoje už kraujo porciją nepaisant į paimtą kiekį mokama 40—50 lt., Čekoslovakijoje 300 č. kr., Vokietijoje 20 RM. Šita davėjų stoka pasireiškia vienodai visose šalyse, išskyrus gal Rusiją, kur davėjų stoka nenusiskundžiama. Bet ir gerai kraujo davė-

jus suorganizavus, tiesioginiai kraujo perpylimai turi ir savo neigiamumų. Masiniu nelaimingų atsitikimų ir ūminių kraujo perpylimų pareikalavimo metu teks gana daug laiko sugaišti suieškant ir iškviečiant davėjus (jei šauktas davėjas del kuriosnors priežasties negali atvykti, tai reikia ieškoti kito ir t. t.). Antra vertus, negalima turėti visiškos garantijos del davėjo sveikatingumo, nes po paskutinio tyrimo jis gali būti apsikrėtęs kuria nors liga (lues'u, malarija, tifu etc.). O del savanorių davėjų riziko esama dar didesnio. Savanorių davėjų organizacija būtų idealas, nes parduodantieji savo kraują už pinigus profesionalų kadrai nenoriai didina savo eiles ir tuo būdu kliudo kraujo transfuzijų platesnį išsivystymą. Bet savanorių davėjų organizavimas nėra lengvas. Reikalingas ilgas paruošiamasis darbas, masinis tos priemonės populiarinimas ir didelis artimo meilės ir savo pareigų supratimo jausmas. Reikalinga taip pat labai gera kraujo davėjų sveikatos tikrinimo organizacija. Be kraujo grupės tikslaus nustatymo, davėjai turi būti vispusiškai ištirti atskirų specialistų — terapeuto, venerologo, neurologo ir okulisto ir vėliau periodiškai, ne rečiau kaip kas 3 savaitės, jų sveikata kontroliuotina.



5. piešinys.
Prof. Jeanneney'o kraujo transfuzijos aparatas (kraujui perpilti).

Paryžiaus kraujo transfuzijos centras yra labai gerai suorganizavęs davėjų kadrą, verbuojamą iš studentų, gydymo ir kitų įstaigų tarnautojų, policininkų, gaisrininkų ir kt., kuriems mokamas nemažas atlyginimas, k. a.:

už	200,0	kraujo —	100 fr.
„	300,0	„	150 „
„	400,0	„	200 „
„	500,0	„	250 „
„	600,0	„	300 „
„	700,0	„	350 „
„	800,0	„	400 „

Tačiau kraujo davėjų šiuo metu teturi tiktai 600, o reikėtų mažiausia 3000.

Kraujas imamas tiktai iš „O" grupės — universalių davėjų.

Jeigu su davėjais taip blogi reikalai yra taikos metu, tai ką bekalbėti apie karo metą, apie ūminių masinių nelaimių metą. Jau dabar visiems yra aišku, kad tuo metu bus labai didelė kraujo davėjų stoka. Anksčiau buvo manoma, kad fronte atsiras pakankamai savanorių iš draugų ar tarnautojų, kurie paaukos sužeistiesiems savo kraujo. Didžiojo karo metu anglai verbuodavo kraujo davėjus iš karių žadėdami jiems atostogas. Bet toks paviršutiniškas davėjų klausimo traktavimas neišsprendžia šitos painios problemos. Kiekvienas karys fronte karo vadovybei yra labai brangus ir mūsų pareiga yra kiekvieno kario sveikata rūpintis ir ji stiprinti, bet ne silpninti imant kraujo reikalingoms transfuzijoms. Ligoninių tarnautojai, kurie daugelio yra numatomi kaip kraujo davėjai, karo metu bus taip pat darbo smarkiai nuvarginti ir visai neracionalu būtų imti dar iš jų kraujas kitiems ir mažinti jų darbingumas.

Iš čia ir kyla reikalas turėti kraujo atsargą, paimtą ramiose apystovose, tinkamai ištirtą laboratorijose; kitaip tariant, karo metu be konservuoto kraujo neišsiversime ir konservuoto kraujo perpylimas teks plačiai vartoti. Kad nebūtume užklupti tam darbui nepasiruošę, reikalinga dar taikos metu su ta metode susipažinti, pradėti ji taikyti gyvenime ir pasirinkti tinkamiausia mūsų sąlygoms.

Rusai sistemingai pradėjo studijuoti ir vartoti konservuotą kraują transfuzijoms nuo 1930 m. ir iki 1938 m. yra padarę apie 10.000 perpylimų. Prancūzijoje pirmasis konservuoto kraujo perpylimas padarytas 1934 m. prof. J e a n n e n e y'o Bordeaux. Ispanijos pilietiniame kare abidvi kariaujančios pusės buvo organizavusios ir plačiai taikiusios konservuoto kraujo transfuzijas, kurių yra padarę tūkstantimis. Tokie dideli konservuoto kraujo transfuzijų skaičiai patys savaime kalba už tos metodės didelę vertę. Iš daugelio eksperimentinių ir kliniškų stebėjimų galima padaryti išvada, kad konservuoto kraujo perpylimas veikia panašiai, kaip ir šviežio citruoto kraujo perpylimas, kad reakcija į perpylimus būna ne dažnesnė ir ne didesnė ir kad konservuoto kraujo transfuzijos reikšmė yra ne mažesnė už šviežio citratinio kraujo transfuziją.

Kraujo konservavimo būdų yra įvairių:

1. Maskvos centrinis kraujo transfuzijos institutas konservuoja kraują atskiesdamas jį šiuo skiediniu: Natrii citrici tribasici 5,2, Natrii chlorati 7,0, Kalii chlorati 0,2, Magnes. sulfur. anhydr. 0,04, Aq. bidestill. ad 1000,0.

2. Leningrado kraujo transfuzijos centrinis institutas konservuoja kraują atskiesdamas jį lygiomis dalimis šiuo sąstatu: Natrii citrici tribasici 5,0, Natri chlorati 9,0, Aq. bidestill. ad 1000,0.

3. Gliukozės citrato skiedinys atskiedžiant kraują lygiomis dalimis: Natrii citrici tribasici 5,0, Glucosae 40,0, Aq. bidestill. ad 1000,0.

4. Ispanijoje konservuojamas kraujas 4% citrato skiediniu santykyje su krauju 1:10 ir į litrą kraujo pridedama dar gliukozės 1 gr.

5. Paryžiaus kraujo transfuzijos centre yra vartojamas: Natrii citrici trib. 9,0, Glucosae 1,0, Aq. bidestill. ad 100,0, skiedinys santykyje 1:15—1:20.

6. Bordeaux kraujo transfuzijos įstaigoje vartojamas 10% citrato skiedinys santykyje 1:25.

Yra pasiūlyta ir kitų kraujo konservavimo būdų.

Laboratoriniai tyrimai parodė, kad citrato skiediniai su gliukozės priemaiša konservuoja kraują ilgesniam laikui (iki 30 d.) kaip kiti skiediniai, ir toks kraujas yra mažiau jautrus kratymams. Tik gliukozės skiedinys sunkiau sterilizuojamas. Leningrado kraujo fransfuzijos institutas reikaluja tokį skiedinį sterilizuoti autoklave 40 min. 1½ atmosferoje; įvykstanti gliukozės karamelizacija nekliudanti.

Paimtas kraujas, prieš vartojamas, turi būti laikomas vėsioje vietoje $+2^0$ iki $+6^0$C temperatūroje. Prieš vartojamas turi būti išlengvo atšildomas ir atsargiai suplakamas; atšildant neturi būti pereita 40^0C, nes priešingu atveju įvyksta hemolizė.

Apskritai priimta konservuotas kraujas laikyti ne ilgiau kaip 2 sav., o perpylimas daryti ne vėliau kaip 10 d.

Konservuoto kraujo tinkamumo kontrolė atliekama šiaip. Kraują palikus ramiai stovėti, jame susidaro 3 sluoksniai: apatinis iš raudonųjų kraujo kūnelių, vidurinis iš baltųjų kraujo kūnelių ir viršutinis iš plazmos. Iš tinkamo kraujo reikalaujama, kad: 1) riba tarp globulininės masės ir viršutinio sluoksnio būtų aiški; 2) viršutiniame sluoksnyje neturi būti drumzlių ir nuosėdų, kurios atsiranda nuo bakterijų kolonijų; 3) viršutinis sluoksnis turi būti gelsvos (gintarinės) spalvos; jis neturi būti raudonos ar rožinės spalvos, kas rodo hemolizę. Vienodas mažas plazmos drumstumas, pareinąs nuo ten plaukiojančių leukocitų, nėra blogas ženklas. Tai yra Leningrado kraujo transfuzijos instituto reikalavimai ir praktiškai laikomi jie pakankamais konservuoto kraujo tinkamumui įvertinti.

Kai kurie bijo latentinės hemolizės ir reikaluja prieš konservuotą kraują perpilant ištirti raudonųjų kraujo kūnelių osmozišką atsparumą, padaryti spektroskopišką, chemišką ir bakteriologišką tyrimus; tam reikalui prie kiekvienos konservuoto kraujo porcijos pridedama nedidelė kraujo ampulė tyrimams. Rusų autorių nuomone tie tyrimai didelės praktiškos reikšmės neturį.

Stovintis vietoje konservuotas kraujas butelyje kamščio gali nesiekti. Kraujas gi, skirtas transportui, turi užpildyti visą indą taip, kad jame neliktų oro. Šitas reikalavimas Prancūzijoje išspręstas ta prasme, kad konservuotas kraujas, skirtas transportui, supilamas į 250 ccm talpos ampules ir ampulių abu galai

uždaromi užmaunant ant jų gumines žarneles su stikliniais kamščiais, prieš tai įpilant į žarneles citrato skiedinio (Prof. J e a n n e n e y'o, Bordeaux, būdas). Toks konservuoto kraujo transportavimo būdas aprobuotas prancūzų karo sanitarinės vadovybės.

Laboratorinių tyrimų duomenimis pirmąsias 2 sav. kraujo kūnelių skaičius konservuotame kraujyje mažai keičiasi. Hemolizė konservuotame kraujyje įvyksta vidutiniškai po 2 sav. Raudonieji kraujo kūneliai pirmomis 5 d. mažai keičiasi,; po to jie darosi dantyti, o vėliau susitraukia. Kraujo grupės konservuotame kraujyje nesikeičia. Konservuoto kraujo raudonųjų kūnelių respiracinė galia nesikeičia, nusėdimo greitumas eina lėtyn. Konservuoto kraujo baktericidinės savybės dingsta.

Konservuotą kraują gaminant susiduriama su labai svarbiu praktišku klausimu: kurios gi grupės kraujas imti konservavimui? Geriausia, žinoma, būtų, jei galėtume visų grupių kraują konservuoti. Bet praktiškai tai yra sunkiai įvykdoma. Kraujo grupių tyrinėjimai rodo, kad pas baltosios rasės žmones vyrauja grupės A ir O — 85%; grupės gi B ir AB žmonių yra labai maža — 15%. Prancūzų duomenimis prancūzai pagal kraujo grupes suskirstomi šitaip:

grupės AB — 1—2%
„ A — 50%
„ B — 8—9%
„ O — 40%.

Lietuvos tyrimo negausingais duomenimis (ištirta tiktai kiek daugiau kaip 5.000 žmonių) lietuviai pagal kraujo grupes suskirstomi šitaip:

grupės AB — 4,5%
„ A — 37,6%
„ B — 21,47%
„ O — 36,4%.

Taigi, konservuoto kraujo grupių AB ir B gaminimas atkrinta. Lieka tiktai grupės A ir O. Bent taikos metu reikėtų šitų 2 grupių kraujas konservuoti, kas ir daroma Bordeaux prof. J e a n n e n e y'o kraujo transfuzijos įstaigoje. Kiti gi mėgina ir dabar pasitenkinti tiktai viena universalaus davėjo kraujo grupe, kaip kad daro Paryžiaus kraujo transfuzijos centras, vedamas d-ro T z a n c k'o. Užtat čia sumaišomas 4 davėjų kraujas, nes kai kurių tyrinėtojų duomenimis toks kraujo sumaišymas sumažinąs reakcijas po transfuzijos. Karo metu visi gamins tiktai O grupės konservuotą kraują.

Kai kas kelia abejojimų del O grupės kraujo taikymo kitų grupių žmonėms, nes dažnai O grupės kraujyje esą labai stiprūs α ir β agliutininai, nuo ko galinti įvykti I, II ir III grupių kraujo agliutinacija ir hemolizė. Yra vėl autorių, kurie šito blo-

go veikimo nebijo. Kaip ten bebūtų, bet konservuoto kraujo perpylimo davinys nepatariama didinti ir leisti iš syk ne daugiau kaip 200—250 ccm. Kadangi konservuoto kraujo suleidimas galima vykdyti labai pamažu (lašais), tai visuomet laiku galima išvengti sunkesnių reakcijų ir komplikacijų.

Konservuoto kraujo transfuzijos metodės yra tokios pačios, kaip ir šviežio citruoto kraujo.

Lyginant ir įvertinant įvairias kraujo transfuzijos metodes reikalinga reikalauti, kad metodė būtų techniškai paprasta, visiems prieinama ir kad ji kuo daugiausia garantuotų kraujo forminių elementų pastovumą ir jų visišką biologinį vertingumą. Neginčijamai reikalinga atiduoti pirmenybė citratinio kraujo transfuzijai, kurią gali atlikti kiekvienas gydytojas paprastais prietaisais. Kai kurių autorių buvo stengiamasi įrodyti citratinio kraujo kenksmingumas ir nuodingumas, tačiau daugumos autorių tyrinėjimais citratinio kraujo toksiškumas nebuvo įrodytas. Natrium citricum toksinis davinys 65 klg. žmogui yra 15,0, t. y. žymiai didesnis už paprastai įvedamą su citratiniu krauju davinį; be to, natrium citricum organizme labai greitai sudega ir po 20 min. beveik jau visai išnyksta. Kliniškų tyrimų ir eksperimentų duomenimis citratinio kraujo perpylimas niekuo nesiskiria nuo gryno kraujo perpylimo ir biologiniu atžvilgiu yra to paties vertingumo. Reakcijų gi skaičius po citratinio kraujo transfuzijos yra žymiai mažesnis, kaip po gryno kraujo transfūzijos.

Pereinant prie konservuoto kraujo transfuzijos metodės įvertinimo, reikia konstatuoti, kad čia metodė dar paprastesnė, nes atkrinta kraujo paėmimo ir tyrimo darbas ir prilygsta paprastai intraveninei injekcijai. Bet čia reikalingos gerai įrengtos laboratorijos, kuriose kraujas konservavimui būtų imamas ir tiriamas. Konservuoto kraujo ilgai laikyti negalima, nes jis pradeda nustoti savo biologinių savybių, o vėliau ir visai sugenda. Iš to seka, kad konservuoto kraujo transfuzija turi didelę reikšmę, bet ji negali visiškai pakeisti gryno arba citratinio kraujo transfuzijos, ir konservuoto kraujo vartojimas turi savo ribas (karo metu, masinių ūminių nelaimių metu).

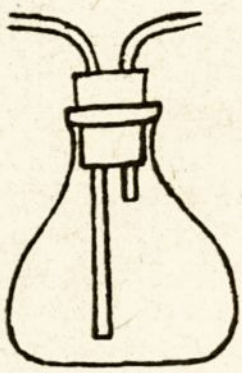
Lavonų kraujo transfūzija, įvesta ir plačiai taikoma Rusijoje, kitose šalyse iki šiol neprigijo del grynai psichologinių, teisinių ir mediciniškų sumetimų.

Paskutiniu laiku yra daromi imunizuoto kraujo transfuzijos sėkmingi bandymai.

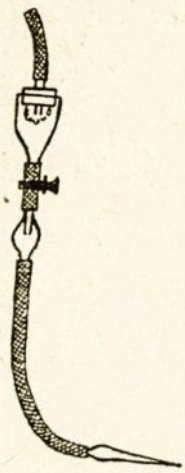
Baigdamas savo pranešimą noriu padaryti šias išvadas.

1. Norint praplėsti kraujo transfuziją iki tinkamos ir reikalingos aukštumos ir kraujo transfuziją padaryti visiškai prieinamą kiekvienam gydytojui, reikalinga tuojau visiems pereiti prie citruoto kraujo transfuzijos metodžių, kaip paprastesnių, visiems gydytojams (ir nechirurgams) lengvai prieinamų, kurios yra ly-

giavertės su gryno kraujo transfuzijomis ir kurios duoda žymiai mažesnį reakcijų skaičių. Tiktai tada kraujo transfuzija bus tinkamai plačiai taikoma, kada ji bus prieinama kiekvienam gydytojui, bet nepasiliks, kaip iki šiol, vien tik prityrusių chirurgų rankose. Karo metu chirurgai bus ir, be to, apkrauti darbu, jų bus visur didelė stoka, taigi kraujo transfuzija reikalinga bus pavesti kitų specialybių gydytojams.



6. piešinys.
Stiklinis butelis kraujui paimti.



8. piešinys.
Vamzdelis su adata kraujui perpilti.

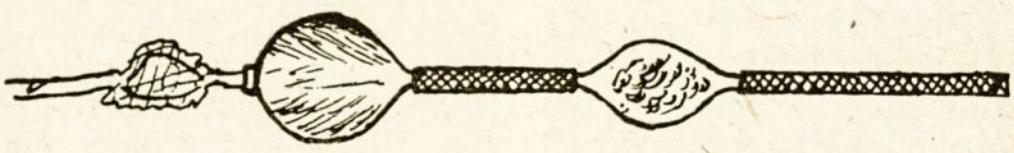
2. Citruoto kraujo transfuzijos metodė Lietuvoje reikalinga pasirinkti viena, norint suprastinti aparatūros paruošimą ir atskirų dalių pagaminimą vietoje.

Kaip pavyzdį siūlyčiau priimti šią metodę:

Imamas ½ arba 1 litro kariško tipo stiklinis butelis su plačiu kakleliu ir guminiu kamščiu, turinčiu 2 stiklinius vamzdelius. Vienas vamzdelis baigiasi tuojau už kamščio, antras eina beveik iki dugno (žiūr. 6 piešinį).

Pagelbinės dalys:

a) Su stikliniu vamzdeliu gale guminė žarnelė, kuri pakelyje turi vatos filtrą. Stiklinis vamzdelis gali būti pakeistas dvilypiu pūstuvu, prijungtu atbulai. (Žiūr. 7 piešinį).



7. piešinys.
Dvilypis siurblys su stikliniu vamzdeliu orui košti.

b) Ilga — ½ mtr. guminė žarnelė, kurios vienas galas užmautas ant storos adatos ir kuri pakelyje turi šilko filtrą ir Moor'o spaustuką. (Žiūr. 8 piešinį).

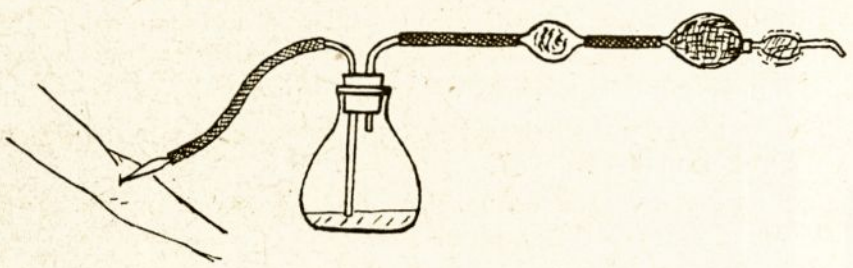
c) Guminė žarnelė su stora adata ant vieno galo. (Žiūr. 9 piešinį).

9. piešinys.
Vamzdelis su adata kraujui paimti.

Visos dalys, išskyrus adatas, sterilizuojamos autoklave; adatos sterilizuojamos sausu oru. Prieš sterilizaciją butelio stikli-

nių vamzdelių galai ir guminių žarnelių galai aprišami popieriniais maišiukais.

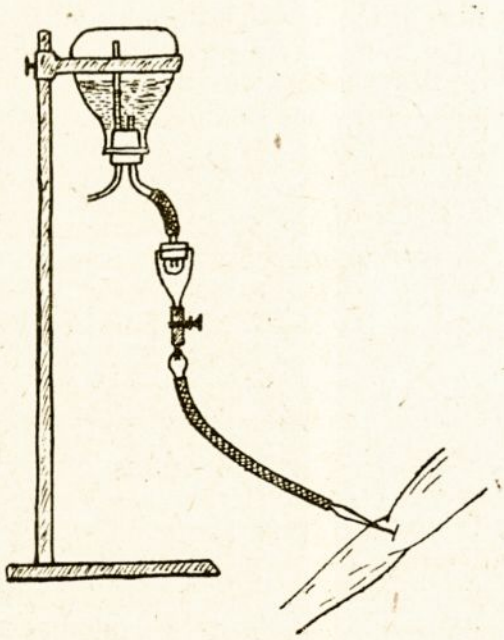
Kraujo paėmimas. Į butelį įpilamas reikalingas citrato kiekis, guminė žarnelė su adata perplaunama citratu ir užmaunama ant ilgojo stiklinio vamzdelio. Guminė žarnelė su vatos filtru užmaunama ant trumpojo stiklinio vamzdelio. Įsmeigiama adata į davėjo veną, čiulpiant arba pūstuvu aspiruojamas iš butelio oras, butelis atsargiai judinamas. (Žiūr. 10 piešinį).



10. piešinys.
Mūsų aparatas, paruoštas kraujui paimti.

Reikalingą kraujo kiekį paėmus, guminės žarnelės nuo stiklinių vamzdelių nuimamos ir ant stiklinių vamzdelių užmaunami sterilūs popieriniai maišeliai.

Kraujo perpylimas. Ant trumpojo stiklinio vamzdelio užmaunama ilga guminė žarnelė su šilko filtru ir lašintuvu, butelis su krauju apverčiamas dugnu aukštyn, atsukamas Moor'o spaustukas, įsmeigiama adata į ligonio veną ir, pakėlus butelį aukštyn, kraujas bėga į ligonio veną. Jei Moor'o spaustuku sureguliuotas lėtas kraujo bėgimas, tai laikas nuo laiko butelis reikalinga judinti, kad nepasidarytų kraujo kūnelių nuosėdų; apatinė gi guminės žarnelės dalis reikalinga įdėti į šiltą (39°C) termosą atvėsusiam kraujui sušildyti*). (Žiūr. 11 piešinį).



11. piešinys.
Mūsų aparatas, paruoštas kraujui perpilti.

3. Taikos metu turi būti vietos sąlygose išmėgintas konservuoto kraujo paėmimas, laikymas, transfuzijos veikimas.

4. Taikos metu turi būti išmėgintas universalaus davėjo O

*) Praktika parodė, kad suleidžiant kraują ligoniui lašintuvas nėra būtinas, todėl galima visiškai pasitenkinti be jo.

Taip pat ilgosios guminės žarnelės galima nešildyti, jeigu kraujo transfuzija nereikalinga daryti labai iš lėto (retais lašais).

grupės kraujo veikimas mūsų krašte, perpilant jį kitos grupės žmonėms, kad, ūminiam masiniam kraujo pareikalavimui atsiradus, tuojau galėtume pradėti konservuoto kraujo paruošimą.

5. Dar taikos metu reikalingas geras kraujo davėjų kadro organizavimas.

Literatūra.

1. Prof. Frank: Die Transfusion von konserviertem Blut im Krieg. 1938.
2. Prof. Jeanneney: Organisation pratique et technique de la transfusion du sang. Le sang conservé. 1937.
3. Prof. Jeanneney: La transfusion de sang conservé en clinique. 1937.
4. Prof. Jeanneney: Recherches sur la vitesse de sédimentation du sang conservé. 1937.
5. Prof. Jeanneney: L'organisation de la transfusion du sang au cours de la guerre d'Espagne. 1938.
6. Méd. colon. Pilod: Organisation de la transfusion sanguine dans les armées en campagne. 1937.
7. Méd. colon. Radovan-Danitch: Rapport préliminaire sur l'appareillage pour la transfusion du sang en campagne. 1938.
8. Doc. Raigorodskij: Perelivanije krovi. 1938.
9. Sokolowski: Die Bluttransfusion an der spanischen Bürgerkriegsfront. 1938.

Zusammenfassung.

Nach einem Überblick über die Blutübertragungsmethoden, die an der Transfusionsstation von Prof. Jeanneney Bordeaux, an der von Dr. Tzank in Paris geleiteten Zentralstelle u. in den Bluttransfusionszentren in Russland angewandt werden, schlägt der Autor, zum Zwecke einer breiteren Anwendung von Bluttransfusionen, vor sich einer selbst leicht anzufertigten Apparatur su bedienen, um zitriertes Blut zu übertragen. Als Beispiel wird eine Apparatur angegeben, die aus den Abbildungen ersichtlich ist.

Schon in Friedenszeiten wird empfohlen Versuche mit Transfusionen von konserviertem Blute anzustellen. Wichtig ist eine gute Organisation von stets bereiten Blutspendern.

Diskusijos del XVI-ojo (d-ro J. Stasiūno) pranešimo:

1. D-ras J. Žemgulys: Atrodo, kad grynas kraujas vis delto yra geresnis kaip citruotas, o šviežias — geresnis kaip konservuotas. Del to taikos metu visi stengiasi vartoti gryną šviežią kraują. Kas kita karo metu. Kraujo konservavimas nėra lengvas dalykas. Mes Klaipėdoje mėginome tai daryti. Sunku kraujas aseptiškai paimti ir išlaikyti. Dažnai netrukus atsiranda pelėsių ir krešulių, ir todėl kraujas tenka išmesti, o jis yra brangus. Del to kraujui įpilti labiau tinka tie aparatai, kurie turi filtrus. D-ro J. Stasiūno pasiūlytoji aparatūra atrodo esanti gera, bet reikia ji išmėginti praktikoje bent 10-čiai atsitikimų. Tik tada galima bus tinkamai vertinti.

2. Med. d-ras J. Meškauskas: Vidaus ligų klinikoje daroma citruoto kraujo transfuzija, galima sakyti, be jokios aparatūros, nes mes naudojame tiktai kolbą, dubenėlį ir 2 švirkštu po 20 gr. Tačiau kyla klausimas, ar visais atvejais citruotas kraujas vartotinas, pvz., hemoraginės diatezės

atveju. Man padarius citruoto kraujo transfuziją hemoraginės diatezės ir trombocitopenijos atveju, kraujavimas lyg ir padidėjo. Todėl gal kai kuriais atvejais geriau būtų vartoti necitruoto kraujo transfuzija.

3. D-ras St. Stonkus: Visi parduodamieji aparatai kraujo transfuzijai neblogi. Viskas pareina tik nuo įgudimo. Kiekvienas giria tą aparatą, prie kurio yra pripratęs. Kuo aparatas sudėtingesnis, tuo, be abejo, reikalingas didesnis įgudimas. Mes V. D. Univ-to Chirurginėje klinikoje vartojame Beck'o aparatą.

Mes, pvz., Valst. Kauno ligoninėje su puikiausiais padariniais vartojame citruoto kraujo perpylimus Janet'o švirkštų pagelba.

4. D-ras V. Paprockas: Jeigu kitais atvejais yra sakoma, kad aparatų gausumas įrodo, jog nė vieno gero nėra, tai šituo atveju atrodo, kad visi jie gali būti geri, jei tiktai priprantama. Konkrečiai kalbant del d-ro J. Stasiūno pasiūlytojo aparato, tenka pastebėti, kad nuleistas iki butelio dugno stiklinis vamzdelis kliudo tinkamai kraują paimti, nes ant dugno esąs stabilizatorius kartu su natrium citricum kyla į viršų ir, suleidus kiek daugiau kraujo, pastarasis imąs krešėti, nes neturi su skiediniu kontakto. Turėtų būti ir antras vamzdelis iki kamščio, kad kraujas lašėtų tiesiog į skiedinį.

5. D-ras B. Zacharinas: Reikia rimčiau prieiti prie šito klausimo. Pas mus šitas klausimas šlubuoja. Mes privalome turėti centrą, kuris turėtų užsiiminėti tuo reikalu. Kraujo aptarnavimas tvarkytinas ne tiktai centre, bet ir provincijoje. Chirurgai daug darbo turės karo metu ir užsiiminėti transfuzijomis negalės. Reikia, kad terapeutai ateities kare sudarytų kraujo transfuzijų būrius. Stengtinasi, kad gyventojai būtų sugrupuoti prieš karą ir kad pasuose būtų pažymėta, kurios grupės kraują kiekvienas turi.

Francūzai pažengė pirmyn sąsyjyje su ispanų karu. Dar 1937 metais jie nieko nenorėjo žinoti apie konservuotą kraują ar apie lavonų kraują. Jie reikalavo vien tiktai gyvo kraujo. Dabar jie sutinka vartoti citruotą ar konservuotą kraują.

Konservuoti kraują mes taip pat sugebėsime, bet svarbu turėti organizaciją, ypač svarbu tatai karo metu.

6. D-ras St. Stonkus: Kraujo davėjų klausimas Lietuvoje ne tik karo atveju, bet dabartiniu metu nėra sutvarkytas. Kraujo šaltinį Kauno ligoninėms, be ligonių giminių, savanorių ir medicinišķojo personalo, sudaro apmokami kraujo davėjai — profesionalai. Jų pavardės yra surašytos visose Kauno ligoninėse. Tačiau jų sveikatingumo kontrolės nėra. Kokias pasėkas tatai gali turėti ligoniams, rodo neseniai pasibaigusios teismo bylos. Bet ir pačių kraujo davėjų sveikata dabartinėmis sąlygomis esti pavojuje. Man, pvz., tikrai yra žinomas faktas, kad davėjas tą pačią dieną davęs kraujo dviem ligoniams dviejose atskirose Kauno ligoninėse. Pradėjus sistemiškai tikrinti davėjų kraujo Hb kiekį, rasta, kad didelė jų dalis turėjo mažiau kaip 60% Hb. Vienas kraujo davėjas siūlė savo kraujo pats teturėdamas vos 40% Hb!

Manau, kad kraujo davėjų sucentrinimas, kontrolė, knygučių įvedimas ir kt. seniai jau yra pribrendęs reikalas.

7. D-ras J. Jaržemskas: Kad kraujo transfuzija galėtų būti plačiau vartojama, reikalinga didesnė propaganda visuomenės tarpe, kad į kraujo transfuziją nebūtų žiūrima kaip į kokią didelę intervenciją, kraujo nuleidimą ir pan.

8. D-ras J. Stasiūno atsakymas: Darydamas savo pranešimą, aš neturėjau galvoje atidengti Amerikos ir jokių naujų dalykų aš čia nesiūlau. Tiktai pastudijavęs kraujo transfuzijos klausimą kitose šalyse, norėjau

šituo savo pranešimu paskatinti ir Lietuvoje daugiau susidomėti taip svarbiu kovai su įvairiomis ligomis veiksniu ir išjudinti pas mus kraujo transfuzijos klausimą iš mirties taško, kuriame jisai dabar Lietuvoje yra atsidūręs. Pagaliau, reikėtų iš anksto pasiruošti ir masiniams kraujo transfuzijų pareikalavimams.

Diskusijose dalyvavusieji suminėjo, kad kiekvienas šiuo metu vartojamas transfuzijų aparatas prityrusiose rankose esąs geras ir kiekvienu jų galima kraujo transfuzija sėkmingai atlikti. Aš negaliu su tuo sutikti, nes esu girdėjęs ne iš vieno kolegos, kad vartojant dabartinius aparatus būną atsitikimų, kada kraujo perpylimas arba visai negalįs būti atliktas, arba žymiai susitrukdąs del įvairių kliūčių, daugiausia del kraujo sukrešėjimo aparatūroje. Man pačiam vieną kartą po lengvai techniškai praėjusios kraujo transfuzijos teko stebėti prie švirkšto stūmeklio prilipusieji gana gausūs kraujo krešuliai. Kuo aš buvau garantuotas, kad vieno kito krešulio nesuvariau ligoniui į veną.

Kad citratinis kraujas yra visiškai nežalingas, galima spręsti iš gausybės padarytų tokių kraujo perpylimų, po kurių nebuvo stebėta citrato žalingo veikimo; priešingai, individualių reakcijų skaičius po citratinio kraujo transfuzijos žymiai sumažėjo. D-ras J. Žemgulys yra pastebėjęs, kad ligoniui esą maloniau gauti tikro, o ne konservuoto kraujo, ir kad, jam vieną kartą bemėginant kraują konservuoti, jis supelėjęs. Savo pranešime aš esu pabrėžęs, kad taikos metu nėra reikalo vartoti konservuoto kraujo, nes visiškai pakanka šviežio kraujo. Karo gi metu būsime priversti vartoti daugiausia konservuotą kraują. Tad su kokia sąžine neišmėgintą mūsų sąlygomis konservuoto kraujo transfuziją pradėsime taikyti gyvenime! Manau, kad pasiruošimas tam darbui dar taikos metu yra būtinas. Jei konservuojamas kraujas supelėjo, tai aišku, kad jis nebuvo tinkamai konservuojamas, t. y. nebuvo prisilaikyta aseptikos reikalavimų.

Kai del mano pasiūlytosios aparatūros daugkartinio išmėginimo, tai reikia pastebėti, kad citratinio kraujo perpylimas ir pas mus jau kai kuriais atsitikimais buvo pavartotas: Karo ligoninėje iš paprasto butelio, kitur perpilant kraują švirkšto pagelba ir pan.

Kas naujo yra mano pasiūlytoje aparatūroje, tai citrato kraujo filtravimas suleidžiant jį į ligonio veną ir aspiracijos pavartojimas paimant kraują iš davėjo; kai imame kraują neaspiruodami jo, tai vis delto kai kada jisai sukreša ir sustoja tekėjęs.

Taip pat jau seniai yra pribrendęs reikalas tinkamai suorganizuoti Lietuvoje kraujo davėjų kadras, nes dabar esanti prie L. Raudonojo Kryžiaus davėjų organizacija yra labai netobula ir nepatenkina esamų net minimalių kraujo pareikalavimų.

(Pasiūlymas) Visais suvažiavimo metu iškeltais aktualesniais klausimais pravartu pasisakyti viso suvažiavimo vardu.

Kraujo transfuzijos klausimu siūlau išrinkti komisiją, kuri rūpintųsi tinkamu šito klausimo sutvarkymu Lietuvoje.

9. Doc. V. Kanauka: *Kraujo transfuzijos reikalui plačiau organizuoti siūlau išrinkti komisiją iš: d-ro J. Stasiūno, d-ro St. Stonkaus ir d-ro S. Rabinavičiaus.*

Siūlymas suvažiavimo priimtas.

XVII.

Dr. V. Burba,
(Mažeikių apskr. sav-bės ligoninė).

APIE ŪMINIO CHOLECISTITO ANKSTYBĄ OPERAVIMĄ IR APIE BILIARINĮ PERITONITĄ.

Paskutiniu laiku diagnostikos, terapijos operacinės technikos ir rentgenografijos tulžies takų susirgimo srityje nuopelnai, jeigu galima taip išsitarti, dar neaiškiai išsprendė takto klausimus. Paskutiniais metais atsirado daug šalininkų ankstybiausio operavimo ūminiais cholecistito atsitikimais, t. y. operavimo pirmomis 12—24 valandomis. Ūminio cholecistito ankstybo operavimo šalininkais yra įvairių kraštų žymūs chirurgai, k. a.: Kirschner, Babcock, Douglas, Finney, Finsterer, Graham, Lipschütz, Müller, Pfeiffer, Taylor, Walter ir kt. Antra vertus, Behrend, Branch, Zollinger, Brügeman ir kiti kategoriškai nurodo, kad ankstybas operavimas esąs pavojingas, kad reikią palaukti proceso lokalizacijos, nes ankstyvo operavimo mirtingumas esąs labai didelis.

Kuriuos įrodymus pateikia ankstybo operavimo šalininkai? Jie sako, kad ūminis cholecistitas galima lyginti su ūminiu apendicitu. Kaip apendicito atveju esą reikalinga skubiai operuoti, norint perspėti kartotinius priepuolius ir perforacijos bei peritonito pavojų, taip ir ūminio cholecistito atveju esą negalima įspėti jo tolimesnės eigos, ir todėl reikią tuojau operuoti.

Mano nuomone, apendicito sulyginimas su cholecistitu neteisingas, kadangi jie yra skirtingi savo struktūra ir funkcijomis. Tulžies pūslės turinys paprastai yra sterilus, o appendix'as yra turtingas bakterijomis. Tulžies pūslė yra labiau elastinga negu appendix'as; ji guli giliai izoliuota nuo cavum peritonei, apsaugota skrandžiu, kepenimis, dvylikapiršte ir vėdarine žarnomis. Tulžies pūslėje dominuoja absorbcija, o appendix'e sekrecija. Be to, kiekvienas chirurgas savo praktikoje dažnai susitinka su appendicitis perforativa ir labai retai su cholecistitis perforativa, nors Švedų chirurgai dažnai mini perforacijas ūminio cholecistito atveju (7,2%, pasak Liedberg'o).

Ankstybo operavimo šalininkai tvirtina, kad labai dažnai proceso pradžioje esą negalima remtis vien klinišku vaizdu, numatyti patologiškai anatominių pakitimų, nes jų dažnai nebūną kartu, pvz., tulžies pūslės gangrenos, empyemos ir t. t., ir del to ankstyvesnis operavimas esąs atsargesnis.

Ypač skubotai reikią operuoti ūminis cholecistitas jauname amžiuje. Čionai galima susekti analogija su ūminiu apendicitu.

Liundo klinika iškelia šiuos dėsnius: visi ūminiai cholecistito atsitikimai operuotini nelaukiant ir neatsižvelgiant į susir-

gimo pradžią, taip pat ir mažiau skubūs atsitikimai, nes tuo būdu perspėjama nežinoma prognozė, o pacientas prieš ankstybą operavimą dar nėsąs nusilpęs, turįs didesnę jėgų atsargą, ir visi ligoniai, anksti operuoti, dažniau pasveikstą, negu operuoti vėlybesnėje ligos stadijoje.

Amerikos chirurgai S t o n e ir O v i n g s Amerikos chirurgų suvažiavime prieš keletą metų paskelbė, kad, jeigu, pvz., ductus cysticus yra blokuotas, o tulžies pūslės įtempimas yra padidėjęs, tai esą negalima tikėtis spontaniško proceso pagijimo. Visada galį būti torsio, gangrena ar perforacija, o todėl reikią skubotai operuoti. V a l t e r mano, kad ankstybas operavimas duodąs mažą mirtingumo procentą, žymiai mažesnį negu vėlybas.

Atsižvelgiant į statistiką tenka prisiminti, kad nors statistika yra tikslus mokslas, tačiau tat yra lazda dviem galais, nes, norint tiksliai ją suprasti, turėtina galvoje visa eilė papildomų žinių. Pvz., kaikurios klinikos skelbia palyginti mažą mirtingumo procentą po skrandžio rezekcijos ca ventriculi atveju, vien tik del to, kad jie operuoja tiktai nesunkius atsitikimus, pradinėje stadijoje, ir todėl jų skaičiai gaunami skirtingesni negu kitų klinikų. T a y l o r, ankstybo operavimo ūminio cholecistito atveju šalininkas, pasirėmęs savo statistika iš 129 atsitikimų, pateikia šiuos mirtingumo skaičius: gangrena — 22,5%, pericholecistitinis abscesas — 28,6%, tulžies takų perforacija — 11,6% (būtent, ankstyboje stadijoje — 5%, o vėlyboje — 23,8%). Pasak jo duomenų, mirtingumas ūminį cholecistitą ankstybai operavus lygus 1:20, o vėlybai — 1:5. Tokie duomenys kalba už ankstybą ūminio cholecistito operavimą.

Italų chirurgas L o m b a r d i, stebėdamas eksperimentinius ūminius cholecistitus pas gyvulius sekcijos metu, dažnai rasdavęs kepenų sužalojimą, todėl tam išvengti reikią ankstybai operuoti.

Dabar panagrinėsime ūminio cholecistito ankstybo operavimo priešininkų nuomones:

1) ankstybas operavimas esąs labai pavojingas, nes duodąs didelį mirtingumą. Tat ypatingai pabrėžia vokiečių chirurgai E n d e r l e n ir H o t z.

2) Dažnai ūminis cholecistitas, terapiškai gydomas, pereinąs į ramią stadiją, kas būną beveik 90%. Šitais atsitikimais ypatingai pabrėžiamas morfio, gliukozės ir bado dietos veikimas. Ūminio cholecistito perforacija pasitaikanti retai, todėl ūminio apendicito lyginti su ūminiu cholecistitu negalima.

Skubaus operavimo reikalingi tiktai atsitikimai, turį simptomus, kurie negerėja per 2—3 dienas, būtent, kai krinta temperatūra, nemažėja leukocitozė, blogėja bendras stovis, nemažėja skausmai. Šitie skubaus operavimo priešininkai palieka operavimui tik tulžies pūslės empyemas ir gangrenos atsitiki-

mus. Brasch ir Zollinger pateikia mirtingumo statistiką 20,5% skubiai operavus ir 8,7% vėlybai operavus. Skaičiai neatitinka skubaus operavimo šalininkų. Štai tokie prieštaravimai vėlybo operavimo šalininkų.

Man atrodo, kad tiesa yra viduryje. Griežtai čia išspręsti taip ar ne negalima: kiekvienas atsitikimas turi būti individualinamas. Ligonis tiksliai sektinas, padėtinas ligoninėje, kur jį stebės chirurgas kartu su terapeutu. Be abejo, yra atsitikimų, reikalingų neatidėliojamo operavimo, nors ir ne tokis didelis kiekis, kaip kad nurodo mums skubaus operavimo šalininkai. Tiksliai stebėti ir operuoti, kai gresia pavojus, yra geriausia metodė.

*
* *

Baigdamas savo pranešimą, noriu papasakoti apie vieną mano neseniai operuotą **biliarinį peritonitą,** nėsant matomos tulžies takų pūslės perforacijos. Šitas atsitikimas, nors betarpiškai ir neatitinka pranešimo temos, bet kliniškai, mano nuomone, yra įdomus.

Biliarinis peritonitas nėsant tulžies takų perforacijos pirmiausia buvo aprašytas 1911 m. Clairmont'o ir Haberer'o. Iš viso chirurginėje literatūroje iki šiol yra aprašyta 116 tokių atsitikimų. Dalykas eina apie ūminį peritonitą, kada randama laisvos tulžies pilvo tuštime, o jokios perforacijos nėra. Atsitikimais, kurie yra baigęsi mirtimi, net ir mikroskopiškai tiriant perforacijos nerasta. Iš 116 atsitikimų, aprašytų literatūroje, 60-yje% buvo tulžies akmenys, 10-yje% ductus choledochus ir papilla buvo blokuoti, 89% ligoniai nurodė, kad jau seniai kentė skausmus viršutinėje pilvo dalyje. Tipiški cholecistitiniai diegliai konstatuoti 13 atsitikimų. Fiziologų ir patologų anatomų tyrimai yra parodę, kad tulžis galinti praeiti pro tulžies pūslės sieneles ir nėsant perforacijos.

Blad 1917 m. eksperimentavo įvesdamas pankreatinių sulčių į tulžies pūslę ir sukėlęs biliarinį peritonitą ir nėsant perforacijos. Lenkų chirurgas Butkewicz, eksperimentuodamas su šunimis ir įvesdamas pankreatinių sulčių su bakterijomis į tulžies pūslę, sukeldavęs biliarinį peritonitą, o įvesdamas tų sulčių be bakterijų, nesukeldavęs jokio peritonito. Jo nuomone, biliariniam peritonitui gauti nepakanką vienos tulžies perėjimo į pilvo tuštimą. Jeigu del įdegiminio proceso papilių srityje sutrinka normalus pankreatinių sulčių atsiskyrimas, tai jos galinčios patekti atgal į tulžies pūslę ir sukelti biliarinį peritonitą ir nėsant perforacijos.

Biliarinio peritonito etiologinis momentas yra cholecystitis, cholelithiasis ir kiti tulžies takų susirgimai.

Biliarinio peritonito kliniška eiga būna ši:

Liga prasideda staiga, kepenų ir skrandžio srityje skausmai maximum pasiekia 2—3 dieną, palpacija labai skausminga. Kartais skausmai lokalizuojasi coecum'o srityje simuliuodami apendicitą. Dažnas vėmimas. Temperatūra apie 39°. Pagreitėjęs tvinksnis, pilvas išsipūtęs, viduriai kieti, dujos neišeina. Jeigu iš pradžių buvo icterus pilvo tuštime, tai eksudatui atsiradus jis nyksta. Peritonitas paprastai vystosi netaip ūmai, kaip nuo kitų priežasčių. Operacija paprastai daroma antrą — trečią dieną. Dažniausiai tikslios diagnozės nenustatoma, nes sumaišoma su appendicitis perforativa, su ulcus ventriculi perforativa arba su pancreatitis acuta.

Italų chirurgas B o m b i vienu mirties atsitikimu aprašė šį p a t o l o g i š k a i a n a t o m i n į v a i z d ą: tulžies pūslės gleivinėje buvo nekroziški pakitimai; submucosa buvo infiltravusi. Subserozėje rastas trombas; perforacijos nerasta. Mirtingumas 32%. Terapija chirurgiška — cholecystectomia arba cholecystostomia su drenu į spatium subhepaticum.

Neseniai mano operuotas atsitikimas turi šią įstoriją:

Ligonė **Lina Šmitienė**, 60 m. amž., 1939 mt. sausio mėn. 21 d. įstojo į mūsų ligoninę. Išrašyta iš ligoninės š. mt. vasario mėn. 17 d. Ji skundėsi senais skausmais kepenų srityje. Tipiškų dieglių nebuvo. Už 3 dienų prieš atvykstant į ligoninę atsiradę stiprūs skausmai visame pilvo plote. Vėmimas. Temperatūra 39°; per tris dienas nesituštinusi ir nėjusios dujos. Ligonė geros mitybos. Širdis ir plaučiai normalūs. Pilvas išsipūtęs, labai skausmingas palpuojant visame plote. Perkutuojant duslus garsas apatinėje pilvo dalyje. Šlapimai — normalūs. Lyties organai — normalūs. Liežuvis sausas, apsivėlęs. Icterus'o nėra. Didelė leukocitozė.

Ligonė buvo atsiųsta punkto gydytojo su diagnoze: „Ileus". Tučtuojau padaryta operacija liumbalinėje anestezijoje (% tropocain'o). Pjūvis vidurinėje linijoje. Atidarius peritoneum'ą, buvo rastas didelis kiekis tulžies pilvo tuštime. Laibosios ir vėdarinės žarnos raudonos, vietomis pasidengusios fibrinu. Radus pilvo tuštime tulžį, pjūvis buvo padidintas aukščiau bambos ir tuomet rasta didelė įdegusi tulžies pūslė, padengta fibrino gabalais, kurie lengvai pašalinti marlės tamponais. Perforacijos nei tulžies pūslės srityje, nei tulžies takų srityje, nei skrandžio, nei duodenum'o srityje nerasta. Del sunkaus ligonės bendrinio stovio padaryta ne cholecystectomia, o cholecystostomia; įvestas vamzdelis į tulžies pūslės dugną, tulžies pūslė keliomis siūlėmis buvo prisiūta prie peritoneum parietale. Vamzdelis buvo sujungtas su sifoniniu aparatu. Po kepenų įvesta marlė ir drenas, kuris išvestas į išorę.

Pooperacinis periodas praėjo nepaprastai gerai. Temperatūra krito. Kitą dieną pradėjo eiti dujos ir peristaltika pasidarė normali. Apie tris savaites pro sifoną ėjo tulžis. Žaizda sugijo per primam. Ligonės savijauta gera, ir ji 27 dieną po operacijos išsirašė visiškai pasveikusi.

Šituo atsitikimu buvo cholecystitis acuta su biliariniu peritonitu nėsant perforacijos.

Dikusijų del XVII-ojo (d-ro Vl. K. B u r b o s) pranešimo nebuvo.

XVIII.

Gyd. K. Pautienis.

CHIRURGIŠKAS IR MEDIKAMENTINIS III-ČIOJO LAIPSNIO NUDEGIMŲ GYDYMAS.

(Iš Utenos apskr. sav-bės ligoninės chirurginio skyriaus).

Nudegus, nepaisant, ar tai bus nudegimas I-mojo ar III-jo laipsnio, gaunamas tiek vietinių, tiek bendrų reiškinių kompleksas. Be vietinių anatominių pakitimų, stebimas antinksčių anatominis pakitimas. Antinksčiuose iš pradžių stebimos hyperaemia ir ekchimozės, o vėliau jie patys 3—5 kartus padidėja. Kai kurie autoriai įrodinėja, kad nudegimų pradinėje stadijoje del antinksčių hiperfunkcijos padidėja kraujyje cukraus kiekis, o vėliau, kai antinksčiuose išsivysto degeneraciniai pakitimai, tai sumažėja adrenalino išsiskyrimas ir tuo būdu sumažėja cukraus kiekis kraujyje. Sumažėjus organizme adrenalino ir cukraus kiekiui, šitoje stadijoje patartina duoti ligoniams vynuoginio cukraus ir adrenalino.

D. Rowley siūlo nudegimų atveju duoti gyvulių antinksčių ekstrakto, antinksčių funkcijų sumažėjimui kompensuoti. Duodant antinksčių ekstrakto palaikomas kraujospūdis tinkamoje aukštumoje, kas yra labai svarbu didelių nudegimų atveju, kai organizmas yra nustojęs daug skysčių, kraujas yra sutirštėjęs ir kraujospūdis yra kritęs. Nudegimo vietoje poodinėje narvelienoje gaunama didelė oedema.

Underhilldo, eksperimentuodamas su gyvuliais, pastebėjo, kad, nudegus triušio kūno penktadaliui-septintadaliui karšta geležimi, per 2 val. nudegimo vietoje pasidaranti didelė oedema, kuri po 24—48 val. pasiekianti maximum'ą.

Skystis, kuris susirenka poodinėje narvelienoje, sudaro 70% visos kraujo masės. Priežastis yra ta, kad nudegimo vietoje kraujo kapiliarų praleidžiamumas padidėja del kapiliarų išsiplėtimo. Edeminio skysčio cheminė sudėtis atitinka kraujo plazmą, vadinasi, kraujas yra nustojęs ne tik vandens, bet ir plazmos.

Nudegimui sunaikinus odą, sutrinka odos kvėpavimas, sutrinka odos išskiriamoji funkcija ir, pasak kai kurių autorių, iš organizmo neišskiriamos kažkurios peptonų grupės medžiagos, nuo ko gaunamas vazomotorinių nervų paralyžius ir kraujospūdžio kritimas. Nudegimo vietoje sunaikintuose audiniuose ir nuo bakterijų susidaro toksinės medžiagos. Del perdaug didelio garavimo nudegimo vietoje daug nustojama šilimos ir kūnas atšąla. Sugriuvę raudonieji kraujo rutulėliai padidina kraujo krešėjimą ir sudaro trombozę kraujagyslių nudegimo vietoje. Šitie aukščiau atpasakoti išvedžiojimai — tai vis

teoriški samprotavimai, ir ne visi autoriai yra vienodos nuomonės del nudegimo patologinės fiziologijos.

Begydant kūno nudegimus, nepaisant, kurio laipsnio jie bebūtų, visų pirma vartotinos priemonės užmušti bakterijoms, kurios visimui randa gerą dirvą griuvusiuose nudegusiuose audiniuose, ir susilpninti jų visimui aplinkumoje. Reikalinga apsaugoti organizmas nuo griuvusių produktų įsisiurbimo, kas dalinai galima atsiekti sudarant geras sąlygas sekrecijai nutekėti nuo žaizdos paviršiaus. Reikia sužadinti kraujo ir lymfos pritekėjimas, kas teikia ne tik maitinamos medžiagos, bet ir parodo bakteriocidinį veikimą.

Gydant kūno nudegimus, kaip ir kitas žaizdas, turi reikšmės tie patys fiziniai ir cheminiai agentai. Žema temperatūra ir mikroorganizmų veikimas užvilkina ir komplikuoja gijimą. Vartodami visokius antiseptinius medikamentus, kurių sąrašas yra labai didelis, negalime šiandien iš jų išsirinkti vieno geriausio ir pasitenkinti vien tik vienu kuriuo vaistu. Antiseptiniai skiediniai, tiesa, užmuša mikroorganizmus arba sulaiko jų visimą, bet jie turi ir tų blogų ypatybių, kad dirgina organizmo audinius, del ko pasidaro hyperaemia, padidėja skausmingumas ir sekrecija. Kai kurie antiseptiniai skiediniai įsisiurbia į organizmą ir jį nuodija.

Gydydami žaizdas kai kurie autoriai stengiasi per daug nenutolti nuo mūsų audinių sąstato ir todėl teikia natrio bei kalcio, taip pat ir chloro. Kai kurie autoriai žaizdoms gydyti yra pasiūlę žuvų taukus, turinčius A- ir D- vitaminų, kurie padidiną organizmo atsparumą ir pagreitiną žaizdų valymąsi.

Nudegimų gydymas eina keliomis kryptimis: sausas ir drėgnas aseptinis gydymas, ir tepaliniai tvarčiai. Nudegimų gydymas dar gali būti uždaras, atviras ir kombinuotas.

S a u s a s t v a r t i s turi tą neigiamumą, kad jo keitimas ligoniui sudaro nemažus skausmus ir su tvarčiu kartu nuo žaizdos kraštų arba vidurio nusilupa ir šviežias epitelis. Norint išvengti šviežio epitelio nusilupimo ir odos paviršiaus sužalojimo, patartina marlė, kuri yra uždėta ant nudegimo žaizdų, nejudinti keliolika dienų, o tiktai keisti tvarčio paviršutinės dalys.

D r ė g n a s t v a r t i s veikia gerai tol, kol išdžiūsta, o vėliau veikia jau kaip sausas tvartis ir todėl turi tuos pačius trūkumus kaip ir sausas tvartis. Kad drėgnas tvartis nevirstų sausu, tenka jis 4—6 kartus per parą sudrėkinti, nes tvarčio keitimas 4—6 kartus per parą kliudo gijimo procesą. Tvartis sudrėkinti galima šiais antiseptiniais skiediniais: sol. rivanoli 1:1000, sol. ac. borici 3%, sol. kalii hypermanganici 1% ir t. t.

Drėgnas tvartis šaldo žaizdos paviršių, tuo būdu sumažindamas skausmus; tik iš drėgno tvarčio nereikia padaryti šutinamojo-šildomojo (padengiant jį su klejonka), nes tuo būdu

padidinamas granuliacijų susidarymas del per daug didelio sekrecijos išsiskyrimo iš žaizdos paviršiaus.

Tepalinis tvartis turi savo teigiamumų ir neigiamumų.

Tepalinis tvartis turi tą neigiamumą, kad ant žaizdos paviršiaus susilaiko toksinai, kurie yra susidarę nuo griūvančių audinių ir bakterijų. Toksinai, negalėdami laisvai pasišalinti nuo žaizdos paviršiaus, įsisiurbia į kūną ir tuo būdu ne tik kliudo vietiniam procesui gyti, bet ir blogina bendrinį organizmo stovį. (Tepalų sąrašas, kuris rekomenduojamas nudegimams gydyti, yra labai didelis, del to jis visas čia negalima išvardyti).

Sausas tvartis, drėgnas tvartis ir tepaliniai tvarčiai dažniausiai vartojami uždaram gydymui, nes tvartis prispaudžiamas prie žaizdos paviršiaus. Šitokie tvarčiai turi tą neigiamumą, kad spaudžia švelnų žaizdos paviršių, neduoda paveikti nudegimo žaizdų dirbtiniams arba natūraliams šviesos spinduliams ir bekeičiant tvartį, ypač sausą, traumojamas žaizdų paviršius. Tvarstymo metu mechaniškas žaizdų traumavimas kliudo joms epitelizuotis.

Kai kurie autoriai, bijodami didelės eksudacijos ir traumavimo žaizdos tvarstymo metu, yra sugalvoję tvirtą tvartį kokioms 10-čiai dienų. Vienas autorius (1937 m. „Viestnik Chirurgii“) rašo, kad gaunąs gerų rezultatų I-ojo ir II-ojo laipsnio nudegimų atvejais uždėdamas tiesiog ant žaizdos gipsinį tvartį. Šitas gydymo būdas esą mažinąs žaizdų eksudaciją ir aklinas apdengimas veikiąs panašiai kaip odos apdangalas.

Šitas gipsinis tvartis esą gerai veikiąs tiek šviežias, tiek ir senas infekuotas žaizdas.

Uždaras spaudžiamasis tvartis, turėdamas savo trūkumų, verčia ieškoti kitų gydymo būdų, kad tvarstymo metu nebūtų sudaroma skausmų ligoniui, kad žaizdų paviršius nebūtų žalojamas ir kad nebūtų kliudoma žaizdoms epitelizuotis. Šitas trūkumas galima pašalinti vartojant atvirą žaizdų gydymą.

Atviro žaizdų gydymo tikslas yra suteikti organizmui tokias sąlygas, kad griuvimo produktai, toksinai, tiek audininės, tiek ir bakterijinės kilmės, neįsisiurbtų į organizmą, o, priešingai, srovės būtų išnešti į žaizdų paviršių ir fiksuoti prie susidarančio šašo. Atvirai gydant žaizdų paviršius galima švelniai nuplauti silpnais antiseptiniais skiediniais ir tuo būdu pašalinti audinių griuvusios dalys ir toksinai su bakterijomis. Laikydami nudegusias žaizdas atdaras, įgaliname greitai susidaryti švelniai, plonai, fibrininei plėnelei, susidedančiai iš fibrino, sukrešėjusio kraujo ir lymfos. Tokia fibrininė plėnelė apsaugoja jauną besidarantį epidermį nuo žalingos išorinės įtakos, sulaiko per daug didelį granuliacijų augimą. Šita fibrininė plėnelė apsaugoja epitelį, kuris susidaro žaizdų viduryje iš

pasilikusių gilių sluoksnių prakaitinių ir riebalinių liaukų liekanų.

Atvirai gydydami mes galime palaipsniui sekti visą gijimo eigą, galime reguliuoti ir nukreipti procesą tinkama kryptimi. Šita gydymo metodė atima daug laiko, bet nežaloja audinių tvarstymo metu ir nekankina ligonio. Šitą atvirą nudegimų gydymo metodę pavartojus I-ojo, II-ojo ir III-čiojo laipsnio nudegiminėms žaizdoms gydyti, gaunamas greitas jų sugijimas, nors III-čiojo laipsnio nudegimų gijimas kiek ilgiau užtrunka (20—30 dienų ir net daugiau). Nudegiminių žaizdų sugijimo laikas pareina nuo nudegimo ploto: juo didesnis nudegimo plotas, tuo ilgiau užtrunka ir gijimas.

Atvirai nudegimus gydant taip pat patartina žaizdos apšviesti ir apšildyti elektros lemputėmis, nes nuo to sausėja žaizdų paviršius, greitėja fibrininių plėnelių susidarymas ir tuo būdu paskatinama epitelizacija. Tam tikslui vartojami kvarco lempos solux rudonieji spinduliai, kurie turi ir bakteriocidinį veikimą ir veikia šildydami žaizdos paviršių.

Atviras nudegimų gydymas turi ir neigiamumų, nes į uždegimines žaizdas prikrinta dulkių, o kartu su jomis ir bakterijų, o vasarą, net ir musės gali užteršti žaizdas. Norint išvengti žaizdų užteršimo iš oro, atvirai nudegimus gydant panaudojamas iškilas tinklas, apdengtas sterile marle.

Atvirai nudegimus gydant be jokių vaistų neatsiekiama tikslo, nes, žaizdos paviršiui smarkiai džiūvant, susidaro plėnelės, vėliau šašai, kurie sutrūksta, kraujuoja ir tarp tų šašų užsistovi sekrecija, kuri kliudo žaizdoms epitelizuotis, Kad nudegiminės žaizdos per daug nedžiūtų, jų paviršius laikas nuo laiko švelniai aplaistytinas antiseptiniais skiediniais (sol. rivanoli 1:1000, sol. borici 3% ir kt.) arba suvilgyti drėgnomis skarelėmis. Kai atvirai nudegimus gydant susidaro daug granuliacijų, kurios kliudo epitelizacijai, tad jos tenka apdeginti sol. argenti nitrici 10%—20%.

Jeigu įvyksta didelio ploto III-čiojo laipsnio nudegimas, tai dažnai tenka daryti plastika. Transplantatas imamas, jei galima, iš to paties asmens, nes autotransplantacija prigijimo atžvilgiu duoda geriausių rezultatų. Paskutiniu laiku Utenos ligoninėje dažnai vartoju atvirą nudegusių žaizdų gydymą, padengdamas žaizdas išlenktais tinkleliais su marlėmis, kad nebūtų prisiliečiamas ir traumojamas žaizdų paviršius. Utenos apskr. sav-bės ligoninėje 10 III-čiojo laipsnio nudegimo atsitikimų buvo atvirai gydyta uždengiant žaizdas vielos tinkleliais su marlėmis.

III-čiojo laipsnio didelių plotų nudegimo atvejais buvo daroma transplantacija pagal Tiersche. Transplantatai buvo imami iš tų pačių asmenų ir iš kitų, tik buvo žiūrima, kad odos davėjas turėtų tos pačios grupės kraują ir kad jo kraujo Wassermann'o reakcija būtų neigiama. Paimti transplantatai iš asmens,

turinčio priešingą kraujo grupę, del svetimo baltymo sunkiau prigyja arba visai neprigyja. Transplantatas, uždėtas ant žaizdos iš odos paviršutiniu sluoksniu pagal Tiersche, sektinas ir nuolatos kontroliuotinas, ir jis prigyja geriau atvirai gydant negu uždarai gydant. Jeigu transplantatas gydomas su uždaru tvarčiu, tai tvarstymo metu transplantatas nusilupa kartu su tvarčiu, o jei nenusilupa, tai traumojamas, ir tuomet plastika duoda maža naudos. Kad transplantatas geriau ir greičiau prigytų, nudegiminės žaizdos kasdien po 3—10 min. buvo pašvitinamos kvarco lempos ir raudonaisiais sollux'o lempos spinduliais.

Organizmo atsparumui pakelti Utenos ligoninėje buvo daroma autotransfuzija. Iš ligonio paimtas kraujas per pusę valandos buvo švitinamas kvarco lempos spinduliais inde su plačiu dugnu. Autotransfuzijai buvo imama (vieną kartą per savaitę) 100—150,0 kraujo. Kad kraujas nesukrešėtų, į jį buvo pridedama keletas ccm natrii citrici.

Utenos ligoninėje III-čiojo laipsnio nudegimus iš pradžių gydau uždarais tvarčiais; o vėliau, praėjus savaitei arba daugiau, kai žaizdos jau yra apsivaliusios, taikomas atviras jų gydymas. Žaizdos padengiamos metaliniais tinkleliais, o šitie pastarieji uždengiami sterile marle, kad į žaizdas nepatektų dulkių, vasaros metu neterštų musės ir kad ligonis galėtų užsikloti antklodę, nekliudydamas žaizdų paviršiaus.

Švieži III-čiojo laipsnio nudegimai gydomi uždarais steriliais tvarčiais: Rp. Ol. jecoris aselli, Vaselini americ. albi aa — vieną dieną; antrą dieną: Rp. Ol. lini, Aquae calcis, o trečią dieną dedama in sol. rivanoli 1:1000,0 pavilgyta drėgna skarelė, kuri dažnai vėl tuo pačiu skiediniu suvilgoma. Svarbiausia neduoti tvarčiui išdžiūti, nes tvartis pasidaro sausas ir keičiant traumojamas žaizdų paviršius.

Nudegimus atvirai gydant žaizdų paviršius laikas nuo laiko aplaistomas sol. rivanoli 1:1000,0 ar sol. acidi borici, arba apibarstoma kseroformu ar pulv. ac. borici. Granuliacijos prideginamos 10—20% arg. nitrici. Kai transplantatai pradeda džiūti ir trūkti, tai jie švelniai sutepami su ol. jecoris aselli+vaselini aa.

Atviras gydymas III-čiojo laipsnio nudegimų atveju nevisada tinkamas. Kai nudegimas būna toks didelis, kad, nukritus nekrozinėms masėms, matomi raumenys, sausgyslės, sąnariai, kaulai, kurie nepakelia išdžiūvimo ir sauso gydymo, tai tokiais atvejais granuliacijos uždarytinos, o tai galima atsiekti tik panaudojus uždarus tvarčius.

Literatūra.

1. Bettmann A. G.: Die Begründung der Behandlung von Verbrennungen mit Acidum tannicum und Argentum nitricum 5%, Acid. tannicum und Arg. nitricum 10%. („Zntrbl. für Chir." 1938 m. 3 nr.).

2. Fasal P.: Versorgung und Behandlung von Brandwunden 5% Acid. tannicum. („Münch. Med. Woch." 1938 m. 93 nr.).

3. Gesse, Girgolov: Obščaja chirurgija.

4. Gorinevskaja: Osnovy travmotologii. 1938 m.

5. Krieg: Kritisches zur Therapie der Verbrennung. („Zntrbl. für Chir." 1937 m. 15 nr.).

6. Leslie R., Stewart: Behandlung bei schwerer Verbrennungen mit Amylsalizylat und anderen Salizylestern. („Dtsch. Med. Woch." 27 nr.).

7. Lotichius H.: Ueber Verbrennungen. („Munch. Med. Woch." 1937 m.).

8. Mücheley W.: Behandlung von Verbrennung zweiten und dritten Grades. („Munch. Med. Woch." 1938 m. 25 nr.).

9. Oberniedermayer: Die Tanninbehandlung von Verbrennungen. („Münch. Med. Woch". 1938 m. 12 nr.).

10. Paramonov V. A.: Kombinirovannyj otkrytyj sposob lečenija ožogov. („Chirurgija" 1937 m. 10 nr.).

11. Seno L. ir A. W. Kaplan: Die Behandlung von Verbrennungen der Gliedmassen mit Gipsverbunder. („Münch. Med. Woch." 1938 m. 5 nr.).

12. „Viestnik Chirurgii". 51 t. 5 nr.

13. Wilson W. C., Rowley G. D.: Akute Toxämie bei Verbrennungen und ihre Behandlung. („Dtsch. Med. Woch." 1936 m. 27 nr.).

Zusammenfassung.

Über Verbrennungen 3. Grades.

Zu Beginn werden Verbrennungen 3. Grades mit geschlossenen Verbänden behandelt, bis sich die Wunden nach einigen Tagen reinigen. Dann beginnt die offene Behandlung. Hier fehlt der Druck des Verbandes auf die Wundoberfläche, deshalb kann sich auf der Wundoberfläche rascher ein fibrinöses Häutchen bilden, das die sich bildende junge Epidermis von äusseren Einwirkungen schützt. Damit auf die Wunden kein Staub, Fliegen u. s. w. gelangt, werden die wunden Stellen durch konvexe Gitterchen geschützt u. diese mit steriler Marle bedeckt. Die Wunden werden befeuchtet mit sol. Rivanoli 1:1000, sol. acidi borici 3%, oder auch von Zeit su Zeit pulverisiert mit pulv. acid. borici oder xeroform. Granulationen werden mit sol. argenti nitrici 10—20% behandelt. Troknet das Transplantat oder die Wundoberfläche, dann wird Ol. Jecoris mit Vaseline darauf gelegt. Bei grossen Verbrennungen wurden auch Transplantationen nach Thiersch ausgeführt; die Transplantate wurden von der selben Person, oder auch von anderen Personen mit der gleichen Blutgruppe entnommen. Um die Widerstandskraft der Patienten zu heben u. die Wundheilung zu beschleunigen, machte ich ihnen Autotransfusionen von 150 ccm. Blut, das vorher in einer flachen Schüssel 30 Minuten lang durch Höhensonne bestrahlt wurde.

Diskusijos del šito pranešimo žiūr. „Medicinos" 1939 m. 10—11 nr., 881–882 pusl.

XIX.

Gyd. L. Feldšteinas,
Kauno Žydų ligoninės
chirurgijos skyriaus asistentas.

ODOS NUDEGIMŲ GYDYMAS DAVIDSON'O BŪDU.

Odos nudegimų klausimas, ypač didelių odos nudegimų, II-ojo — III-ojo laipsnio, yra svarbus ir aktualus. Pranešimas apie odos nudegimus buvo vienas iš svarbiausių pranešimų prancūzų chirurgų kongrese Paryžiuje 1937 metais.

Odos nudegimai duoda didelį mirtingumą; iki šių laikų jie buvo visai mažai ištirti. Tik neperseniai bandymais ir kliniškai pradėta tirti nudegimų fiziopatologija ir prieitas tikslesnis jų gydymas.

Dideli kūno paviršiaus nudegimai labai greit sukelia bendrinės intoksikacijos reiškinius, pakeičia biologinę organizmo pusiausvyrą, sukelia daugybę pakitimų visceraliniuose organuose ir viskas greit baigiasi koma ir mirtimi.

Nudegimai, apimantieji iki trečdalio kūno paviršiaus, duoda 40% mirtingumo, daugiau kaip trečdalį — net 100% (žiūrėk priedą petitu). Kodėl toks didelis mirtingumo procentas? Kad del nudegimo organizmas žūsta nuo bendrinės intoksikacijos, buvo jau seniai žinoma. Šiandien tuo būdu aiškinama šitos baisios intoksikacijos priežastis.

Veikiant šilimai ar kitiems chemiškiems bei termiškiems agentams, audiniuose įvyksta perturbacijų, fizio-chemiškos pusiausvyros sutrikimų. Del baltyminių kūnų griuvimo atsiranda naujų desintegracijos produktų, ypač p r o t e i d a i, kurie kraujo ir lymfos takais infiltruoja visą kūną. Pastarieji proteidai pasižymi dideliu toksiškumu. Juo didesnis kūno paviršiaus nudegimas, tuo daugiau toksiškų proteidų patenka į kraujo apytaką, tuo sunkesnis intoksikacijos vaizdas ir tuo liga greičiau baigiasi mirtimi. Proteidai ir panašiai veikiančios substancijos infiltruoja beveik visus parenchiminius organus, kur randama ir hemoraginių infarktų ir degeneracinių pakitimų.

Jei pažiūrėsime laboratorinius duomenis, tai beveik visiems mūsų ligoniams rasime padidėjusią hiperglikemiją (150—200 mg%), padidėjusį šlapalų (ureos) kiekį (90—100 mg%) ir sumažėjusį NaCl kiekį (350—400 mg%). Todėl matome, kurie pakitimai vyksta įvairiuose metabolizmuose. Odos nudegimai iš vietinės ligos virsta bendru susirgimu, prancūzai net vadina „maladie des brûlures". Tat yra autogeninė organizmo intoksikacija, vadinasi, apsinuodijimas savaisiais žalingais produktais. Toks ligos supratimas, pasak D u v a l'io, išskiria ją į atskirą ligų grupę kartu su panašiais susirgimais, kaip, pvz., trauminis šokas ir intoksikacijos reiškiniai po rentgeno bei radium'o terapijos.

Visos šitos ligos, pasak D u v a l'io, turį beveik tą pačią simptomatologiją, jų humoralinės reakcijos vykstančios panašiai.

Skiriami du ligos periodai:

1) intoksikacijos periodas, ir
2) infekcijos periodas.

P i r m a s i s p e r i o d a s trunka 2—4 dienas ir yra pavojingiausias periodas. Šitame periode vyksta žymių pakitimų humoralinėje sistemoje.

A n t r a s i s p e r i o d a s yra antrinės kilmės ir pareina nuo gydymo ir ligonių priežiūros.

Didelių odos paviršiaus (daugiau kaip trečdalio kūno) nudegimų ligos eiga yra trumpa: prasideda ekscitacija, kuri greit pereina į somnolencijos stovį, komą ir mirtį. Tokių didelių odos paviršiaus nudegimų, kurie taip greit baigtusi mirtimi, mūsų skyriuje neturėjome. Mūsų medžiagą (daugiau kaip 30 atsitikimų) sudaro nudegimai, mažesni kaip trečdalis kūno paviršiaus ar beveik siekią trečdalį. Susirgimo metu temperatūra būna labai aukšta; stebėjome atsitikimų ir be temperatūros. Šlapinimasis yra beveik visuomet normalus, nors yra aprašyta ūminės uremijos atsitikimų. Ligoniai dažniausiai neramūs, bet tipiškos ekcitacijos nestebėjome. Baltųjų kūnelių skaičius kraujyje yra beveik visuomet padidėjęs, raudonųjų kūnelių skaičius siekia dažnai daugiau kaip 5 milijonus (del kraujo padidėjusio viskoziteto). Hemoglobino kiekis esti žymiai sumažėjęs (40—50%).

Gydymas. Mūsų skyrius perėjo per visus nudegimų gydymo etapus, pradedant nuo periodo, kada buvo gydyta riebalais, vėliau acidum picricum ir pagaliau amerikiečio D a v i d s o n'o pasiūlytu acidum tannicum.

Gydymas susideda iš dviejų dalių:

1) bendrinis gydymas, ir
2) vietinis gydymas.

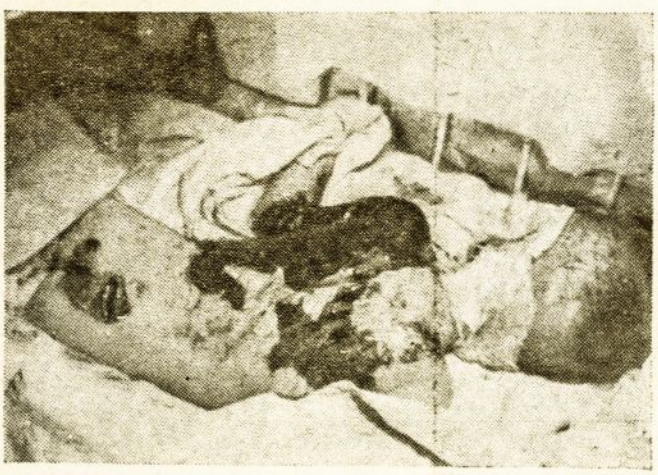
I. B e n d r i n i s g y d y m a s. Nudegimų atveju skausmai esti labai stiprūs, nes corpuscula nervosa, kurie yra poodyje, yra visai atidengti ir net buvimas šaltame kambaryje tokiems ligoniams sudaro nežmoniškus skausmus. Sedare dolorum opus divinum est. Morfio ar pantopon'o 0,01—0,02 šituo atveju veikia puikiausiai. Vaikams vietoje morfio duodama tinctura opii simplex atitinkamai jų amžiui.

Kiekvienas ligonis nudegimo atveju nustoja daug šilimos. Užsieniuose, ypač Anglijoje, yra specialūs kambariai, vad. chockroom, kur ligonis nurengiamas. Tokiame kambaryje temperatūra esti aukštesnė ir pastovi. Mes tokio kambario, suprantama, neturime ir vartojame lovą su lanku ir elektrinėmis lemputėmis. Jei ligonis esti kolapso stovyje, tada duodama cardiaca ir analeptica. Be to, kadangi tokie ligoniai nustoja daug

skysčių del plazmos eksudacijos pro nudegimo vietas, duodame jiems daug fiziologinio skiedinio. O kadangi nustoja ir daug druskos, tai duodame hipertoninio druskos skiedinio intra venam. Duotina ir daug šiltų gėrimų (arbatos, kavos ir t.t.).

I. Vietinis gydymas. Vietinio gydymo principas yra tas, kad būtų sulaikytas griuvusių baltyminių kūnų toksiškų produktų įsisiurbimas kraujo ir lymfos takais, kas gaunama tik jų adstringavimu chemiškomis priemonėmis.

Kalt savo laiku pasiūlė nudegimo vietas tepti sol. argenti nitrici 5%. Šitaip patepus po kelių valandų nudegusios vietos apsidengia storu rudu šašu. 14-tą — 15-ą dieną šašai nukrinta ir atsiranda naujas epidermis.



1. atvaizdas.
Aiškiai matomas nuo tanino rudai juodas šašas.

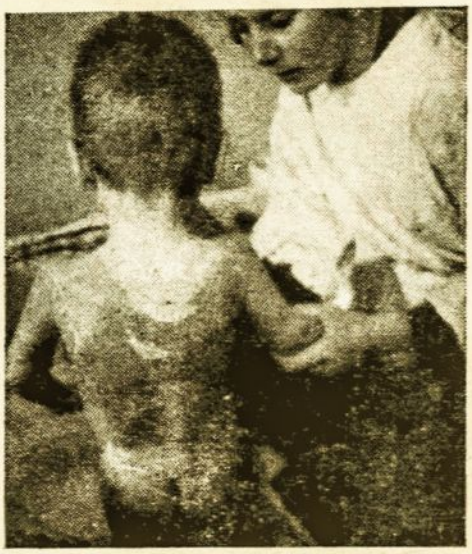
Thierry vartojo acidum picricum, tačiau jo veikimas persilpnas. Be to, Brinkmann ir Breitman siūlė vartoti alkoholio 90° tepimus. Vokiečių mokykla gilioje narkozėje gerai nuvalo nudegusias vietas spiritu, atidarydami pūsles ir padarydami gerą chirurgišką tualetą. Pastaroji priemonė dabar mažai kur vartojama. Kad ir koaguliacijos principas jau seniau rekomenduotas, tačiau praktiškai pradėtas vartoti tik Davidson'ui pasiūlius acidum tannicum 2,5% kompresams ir pulverizacijoms.

Taninas yra amorfiniai milteliai, kurie gerai tirpsta vandenyje, duodami geltonos spalvos skiedinį. Skiedinys paruduoja veikiant orui. Davidson'as pasiūlė vartoti 2,5% tanino skiedinį, tačiau pastarasis skiedinys nėra steriliškas; steriliškumui padidinti prie jo pridėdavo dar truputį sublimato. Buvo pasiūlyti ir stipresni skiediniai (5—10—20%). Mes mūsų skyriuje vartojame 20% skiedinį, nes pastarasis del savo koncentracijos yra praktiškai steriliškas ir šviežiai pagamintas tinka vartoti. 20% skiedinys dar tuo geras, kad greit susidaro šašai;

tačiau didesnių nudegimų atveju geriau veikia mažesnės koncentracijos, 5—10% skiedinys, nes tanino 20% veikimas esti greitas ir jis adstringuoja kartais tik paviršutinius sluoksnius, neliesdamas gilesnių.

Davidson atidarydavo serozines pūsles ir nudegusias vietas apdėdavo steriliškais kompresais, kuriuos dar aprišdavo steriliškais bintais, paskui pildavo sol. acidi tannici 2,5%. Pro išpjautus tvartyje mažus langelius stebėdavo pakitimus per 12—18—24 valandas.

Po 20 valandų atsirasdavo rudos spalvos šašas, dengiąs visą paviršių. Po 12—14 d. šašas pradėdavo atsidalinti nuo periferijos, kol visai nukrisdavo, po jo atsirasdavo naujas rausvos spalvos epidermis. (Žiūr. 2-ą atv.).



2. atvaizdas.
Tas pats ligonis po 12 dienų. Šašai nuo tanino nyksta, po jais yra atsiradęs naujas epidermis.

Pasak Duval'io, tanino įtakoje gaunami šie padariniai:

1) Adstringuojamas paviršius apsaugojąs gilesnius audinius, tuo būdu corpuscula nervosa esą neapnuoginti ir ligonis neturįs jokių skausmų.

2) Tanino paveikti sugriuvę paviršutiniai sluoksniai sudarą nepereinamą apytakai bloką. Jo paviršiuje negalįs daugiau įvykti įsisiurbimas toksinių substancijų, kilusių iš baltyminių substancijų dezintegracijos; vadinasi, tanino veikimas esąs antitoksiškas.

3) Tanininio šašo dėka organizmo paviršiuje neįvykstą eksudacijos, kas rodo, kad taninas veikiąs palaikydamas kraujo viskozitetą.

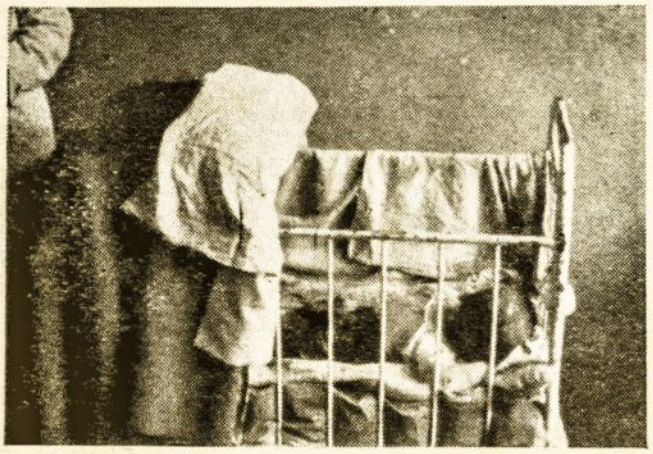
4) Po tanininio šašo apačia epidermizacija vykstanti greitu tempu, atsiradusios granuliacijos apsidengiančios nauju epidermiu.

5) Infekcijos pavojus esąs žymiai sumažėjęs.

6) Gydymas taninu esąs pigus ir patogus, kas esą labai svarbu.

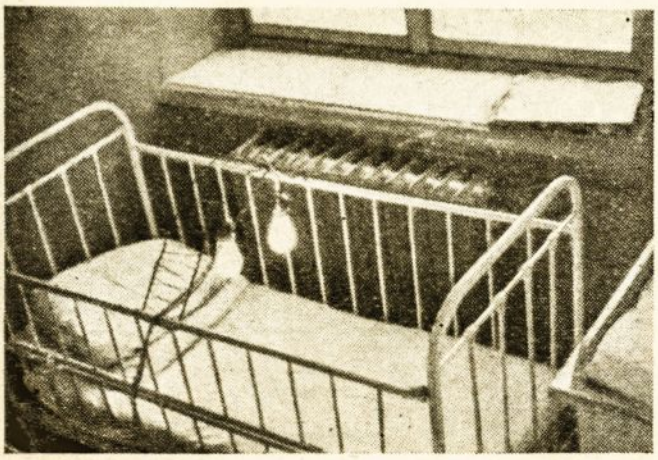
Mes vartojame, kaip sakyta, tanino skiedinį 20%, ir esame juo labai patenkinti. Kas 10—15 minučių guminiu pūstuvu apipilamos nudegusios vietos (tvarčių nebevartojame). Po 5 arba 10 valandų gauname gražų rudai juodos spalvos šašą. Mūsų atsitikimais po 10, 12, 14 dienų šašai nukrisdavo ir po jais atsirasdavo naujas epidermis. (Žiūr. 3 atv.). Tik keliais atsitikimais, ypač III-ojo laipsnio nudegimų atveju, epidermizacija eidavo labai iš lėto, išaugdavo granuliacijos, susidarydavo randai. Turėjome

ir keletą atsitikimų, kur, nepaisant gydymo taninu, gal del prisidėjusios infekcijos, teko vėliau net daryti plastiškos operacijos del atsiradusių suaugimų. Šašų atsiradimui pagreitinti ir



3. atvaizdas.
Ligonis guli nuogas lovoje. Matomas nuo tanino gautas rudai juodos spalvos šašas.

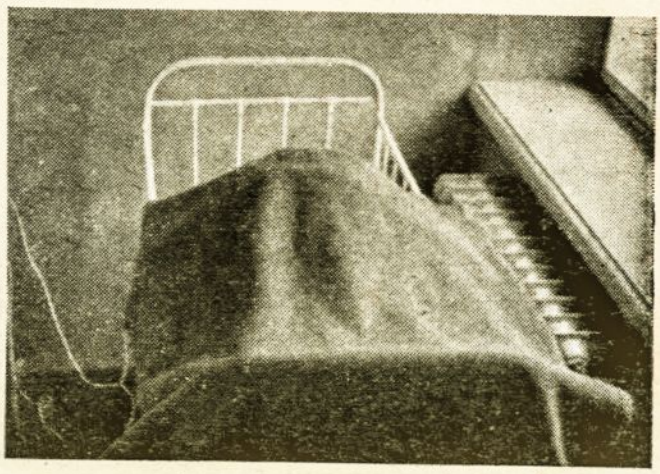
jiems nusausinti mes specialiai panaudodavome elektrinį lanką (arkos pavidalo), kurį pagamindavome iš paprasto Kramer'io įtvaro. Prie lanko yra pakabintos elektrinės anglinės raudonos ar mėlynos spalvos lemputės ir visa lova apdengiama iš viršaus šilta anklode. Ligonis guli nuogas, kas sumažina baltinių trynimąsi į kūno paviršių. Tuo būdu, reikia tikėtis, ir infekcijos pavojus esti mažesnis. (Žiūr. 4—6 atvaizdus).



4. atvaizdas.
Lova, prie kurios pritaisytas lanko pavidalo Kramer'o įtvaras. Prie lanko pakabintos elektrinės lemputės.

Iš pasiūlytų vietoje tanino argentum nitricum 10% (po tanino pulverizacijų), ferrum perchloratum 5%, gentian - violett 1%, mercuro-chrom 2% mes nė vieno nevartojame, nes esa-

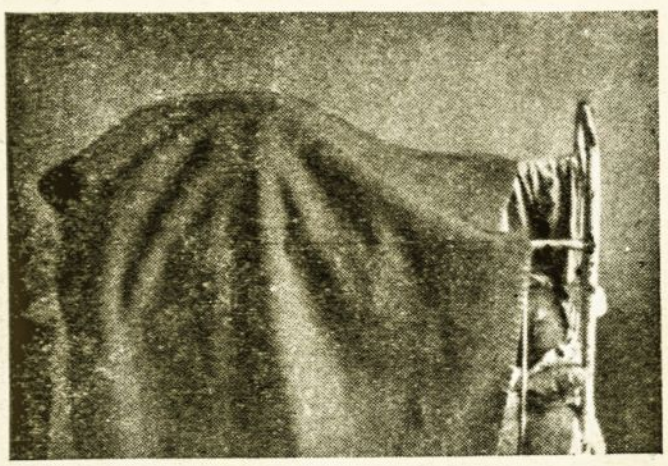
me patenkinti acidum tannicum veikimu. Užtat vartojame „L o e h r'o pasiūlytą gydymą vitaminais, būtent, kai šašai pradeda kristi, švelnus epidermis aptepamas storu sluoksniu unguen-



5. a t v a i z d a s.
(En face)
Lova apdengta iš viršaus šilta antklode.

tum vaselini + ol. jecoris aselli, kas labai gerai veikia ir skatina epidermizaciją.

Del laiko stokos ligos istorijų ištraukų nepateiksime, leiskite tik parodyti keletą fotografijų.



6. a t v a i z d a s.
(Profil)
Lova apdengta iš viršaus šilta antklode.

P r i e d a s.

Įvairių nudegimų užimamas plotas kūno paviršiuje apskaičiuotas procentais pagal B e r k o v'o schemą:

P r i e k i n i s k ū n o p a v i r š i u s 51%,
U ž p a k a l i n i s k ū n o p a v i r š i u s 49%.
G a l v a i r v e i d a s po 3%=6%
P r i e k i n i s l i e m e n s p a v i r š i u s 20%

a) Kaklas ir krūtinė 7%
b) Pilvas 6%
c) Genitalijos 7%

Užpakalinis liemens paviršius 18%.

a) Kaklas ir krūtinė 9%
b) Juosmuo 9%

Priekinis ir užpakalinis viršutinių galūnių paviršius po 9%=18%.

a) Žastų po 3,5 = 7%
b) Dilbių po 3¼ = 6,5%
c) Plaštakų po 2¼ = 4,5%

Priekinis ir užpakalinis apatinių galūnių paviršius po 19% = 38%.

a) Šlaunų po 9,5% = 19%
b) Blauzdų po 6,5% = 13%
c) Pėdų po 3% = 6%.

Zusammenfassung.

Zur Behandlung der Hautverbrennungen nach Davidson.

Erörterung der Wichtigkeit der Frage. Die Hautverbrennnungen weisen grosse Sterblichkeitszahl auf: bei Verbrennung von bis zu $^1/_3$ der Hautoberfläche — 40%, von mehr als $^1/_3$ — fast volle 100%.

Es ist bemerkenswert, dass dem Problem der Hautverbrennungen bis zur letzten Zeit wenig Aufmeksamkeit in der Literatur gewidmet wurde. Die Physiopathologie und das Entstehen von toxischen Protaeiden bei Zersetzung der Eiweisskörper wird kurz besprochen.

Fast bei allen Kranken findet man eine Hyperglykaemie (150—200 mg%), Steigen vom Urea — (90—100 mg%) und Sinken vom Natrium-Chlor-Bestand im Blute (350—400 mg%).

Der Verlauf der Krankheit zerfällt in zwei Perioden: die **der Intoxikation,** (ersten 2—4 Tage) und die **der Infektion.**

Therapie: A. Allgemeine T. — Morphium, Steigerung des Flüssigkeitsgenusses, Cardiaca, physiologische Kochsalzlösung subcutan und hypertonische — intravenös.

B. Lokale T. — die heute moderne, von Davidson vorgeschlagene Tanisierung (Ac. Tannici 5—20%) mittels Kompressen bzw. Pulverisation. Dadurch wird in 5—10 Stunden ein brauner Schorf gebildet, der nach 10—12—14 Tagen abfällt, wobei sich unter dem Schorf eine neue Epidermis bildet.

Kurzgefasste Besprechung der Technik der Glühlampen-Behandlung und der lokalen Vitaminotherapie.

Diskusijos del XVIII-ojo (d-ro K. Pautienio) ir XIX-ojo (d-ro L. Feldšteino) pranešimų:

1. D-ras J. Žemgulys: Nudegimams gydyti yra pasiūlyta daug būdų. Jų vertė mažai tesiskiria. Vienas būdas vis delto reikia pasirinkti. Pasirenkant nudegimų gydymo būdą, atsižvelgtina į tai, kad jis būtų nesudėtingas ir nebrangus. Davidson'o būdas yra geras; aš jį vartoju jau kelerius metus, būtent 5% tanino skiedinį. Jei oda parudavo ir pajuodavo — priežiūra nebesudėtinga. Tik nelaimė, kad taninas ne visada prisiima; maždaug trečdaliui atsitikimų taninas neprisiima. Buvau manęs, kad kliudo odos tepimas riebalais prieš vartojant taniną, nes pirmajai pagelbai paprastai vartojami riebalingi tepalai. Stengtasi vartoti taninas neteptai odai — vis tiek neretai neprisiima. Gal pranešėjas žino kurių nors priemonių, kad taninas geriau prisiimtų? Be to, yra geras ir senasis būdas:

nudegusios vietos laikomos miltų mišinyje iš zincum oxydatum ir talcum venetum āā; priežiūra taip pat lengva, tik retkarčiais paskauda.

2. Med. d-ras J. Meškauskas: Čia buvo kalbėta apie nedidelių odos plotų nudegimų gydymą. Paskutiniu laiku yra jau literatūros apie didelių plotų nudegimų gydymą. Miuncheno klinikoje yra pasiūlyta nudegimams gydyti antinksčių kortikalinio sluoksnio hormonais ir C-vitaminas. Šito gydymo pagrindan yra paimta Eppinger'io serozinių uždegimų teorija. Neišmėginus praktikoje, šita teorija atrodo labai graži. Įdomu būtų ir mūsų ligoninėse padirbėti šita kryptimi ir iš dalies patikrinti šitos teorijos tikrumas.

3. D-ras B. Zacharinas: Universalaus suvereninio būdo nudegimams gydyti nėra. Tenka individualinti. Tiesa, d-ras J. Žemgulys suminėjo, kad yra nudegimų, kur taninas, kad ir stipresniame skiedinyje, neprisiima ir šašų neatsiranda. Yra pasiūlyta kombinuoti taninas su arg. nitricum šašo susidarymui pagreitinti. Mes esame išmėginę daugelį gydymo būdų. Kai kada tenka atsisakyti nuo tanino ir griebtis gydymo voniomis ar Loehr'o būdu. Mūsų ligoniai psichologiškai netinka gydymui Loehr'o būdu. Jei mūsų ligoniui nudegimo vietos sutepamos ol. jecoris tepalu ir uždedamas gipsas, tai ligonis lieka nepatenkintas, nes jo nuomone jis nesąs gydomas, ir gipsas tenka nuimti.

Aišku, kad nudegimų gydymo klausimas dar nėra išspręstas.

4. Prof. Al. Hagentornas: Nudegimų gydymo padariniai nuo chirurgijos patriarchų laikų, matyti, nedaug tėra pasikeitę; jeigu nudegęs kūno paviršius nėra didesnis kaip viso kūno trečdalis, tai ligonis pasveiksta; jeigu nudegimas paliečia pusę kūno paviršiaus, tai ligonis miršta, nepaisant geriausio gydymo. Gal būt, kad nudegimų gijimo laikas del gydymo gali pailgėti ar patrumpėti, bet tatai reikėtų įrodyti didelėmis statistikomis.

XX.

Gyd. V. Paprockas.

GANGRAENA SPONTANEA.

(V. D. Un-to Chirurginė klinika. — Vedėjas — prof. A. Hagentornas).

Gangrena yra vienas iš tų nedaugelio susirgimų, kurie buvo žinomi jau žiloje senovėje. Sofoklis pirmasis savo raštuose mini šitą ligą. Tačiau nepaisant to, kad gangrena medicinos istorijoje figūruoja labai seniai, vis tiktai iki šiol jos etiologija tebėra nepakankamai aiški, o terapija nėra tiek pažengusi, kad galėtume džiaugtis jos atsiektais rezultatais.

Mano uždavinys — pateikti ir išnagrinėti mūsų klinikos šituo klausimu medžiagą, surinktą iš paskutinių 15 metų ligos istorijų.

Surinkti iš viso 75 atsitikimai; jų tarpe 4 atsitikimai liečia moteris, o kiti 71 — vyrus.

Ligonių amžius svyruoja tarp 16—82 metų. Amžiaus atžvilgiu ligoniai pasiskirsto šitaip: 16—20 m. — 2; 21—25 m. — 3; 26—30 m. — 7; 31—35 m. — 2; 36—40 m. — 11; 41—45 m. — 4; 46—50 m. — 1; 51—55 m. — 5; 56—60 m. — 13;

61—65 m. — 4; 66—70 m. — 9; 71—75 m. — 7; 76—80 m. — 3; 81—85 m. — 4.

Pažymėtina, kad, kiek jaunojo amžiaus pacientų tarpe gangrenos atsiradimo priežastys galima lengvai konstatuoti, tiek senyvo amžiaus to susirgimo tiesioginė priežastis sunkiai besurandama. Be to, iš ligos istorijų matyti, kad jaunesniojo amžiaus pacientų tarpe susirgimas prasideda paprastai be prodrominių reiškinių, o tarp senyvo amžiaus pacientų tie reiškiniai beveik visuomet figūruoja.

Pagal profesiją ligoniai pasiskirsto šitaip: 38 ūkininkai, o 37 — kitų profesijų (darbininkai, siuvėjai ir kt.). Turint galvoje, kad Lietuvos gyventojų pagrindą sudaro ūkininkai (73,8%), ir matant, kad ligonių tarpe jų yra 50,7%, savaime prašosi išvada, kad gangraena spontanea vyrauja daugiau ne ūkininkų, bet darbininkų, amatininkų ir kitų tarpe.

Ligonių tarpe yra tik 3 žydai, kas nesiderina su Buerger'o ir daugelio kitų autorių pažiūra, kad žydai esą labiau linkę šitam susirgimui. Tačiau šitas prieštaravimas gali būti paaiškintas tuo, kad Kaune yra žydų ligoninė, kurios pagrindą sudaro žydų tautybės pacientai, ir sergą gangrena žydai, matyti, kreipiasi į savo ligoninę.

Susirgimo lokalizacijos atžvilgiu ligoniai pasiskirsto šitaip: 70 jųjų gulėjo del apatinių galūnių gangrenos ir 5 — del viršutinių. 4 ligoniai turėjo abiejų kojų gangreną, 32 — dešiniosios kojos, 34 — kairiosios kojos, 4 — dešiniosios rankos ir 1 — kairiosios rankos. Nuo nykščio procesas prasidėjo 29-iems ligoniams, nuo mažojo piršto — 12. Neabejotinus prodrominius reiškinius turėjo 30 ligonių.

Suskirsčius ligonius pagal tuos veiksnius, kurie galėtų turėti vienokios ar kitokios įtakos gangrenai atsirasti, gaunamas šitoks vaizdas: 19 ligonių aiškiai figūruoja buvęs seniau tos pačios galūnės nušalimas, 4 ligonių ligos istorijose figūruoja sena tos galūnės trauma, 2 lig. — galvos trauma, 15 lig. — smarkus ir iš mažens rūkymas, 9 lig. — vidurių šiltinė, 1 lig. — lues, 2 lig. — neišaiškintas infekcinis susirgimas, 1 lig. — kraujagyslių padėties variacija. Cukraus bent pėdsakus šlapimuose turėjo 6 ligoniai.

Patologo-anatomiškai gangrena suprantama kaip atskira nekrozės forma, dalyvaujant orui. Ji gali atsirasti arba tiesiog, sužalojus audinius, arba netiesiog, sutrikus kraujotakai. Pastaroji gali sutrikti: 1) del kraujagyslės kompresijos, 2) del kraujagyslės perforacijos ir 3) kraujagyslės spindžiui susiaurėjus arba užakus. Kraujagyslės spindis gali susiaurėti arba visiškai užakti: del embolijos, angiosklerozės (senilinė ir diabetinė gangrena), del kraujagyslių uždegiminių procesų (endangiitis, endarteriitis, trombangiitis obliterans) bei angio-

spazminio stovio (morbus Reynaud, funkcinės ir organinės nervų ligos, k. a., sclerosis lateralis amyotrophica, potrauminė histerinė anestezija, kauzalgijos, atsiradusios kaip nervo trauminio periferinio sužalojimo padarinys. Galūnės traumą taip pat gali lydėti kraujagyslės spazmas).

Pagrindinės gangrenos l y t y s yra trys: spontaninė, senilinė ir diabetinė. Spontaninė gangraena (s. juvenilinė gangrena, s. gangraena spontanea) — susirgimas palyginti jauno amžiaus (20—50 metų) individų. Susirgimo procesui išaiškinti yra 4-rios viena kitai priešingos teorijos: endarteriitis obliterans Winiwarter, thrombangiitis obliterans Buerger, teleangiostenosis elastohyperplastica Verebely-Krompecher jun. ir arteriosclerosis juvenilis Weiss-Cawadias.

Arteriosklerozinė gangrena — senyvo amžiaus (55—85 metų) žmonių susirgimas. Šitos ligos vaizde figūruoja arteriosklerozinis procesas. Jeigu susirgime figūruoja diabetas, tąsyk turima reikalo su diabetine gangrena. Mikroskopiškai tiriant skirtumo tarp senilinės (arteriosklerozinės) ir diabetinės gangrenos nėra — ir vienu ir antru atveju esmė glūdi kraujagyslių sienelių sukalkėjime. Diabetinės gangrenos priežastis, manoma, yra toksinis medžiagos apykaitos produktų (b-oksibutirinės rūgšties) veikimas; tačiau gangrenos atsiradimas nėra susijęs su diabeto sunkumu. Ir senilinės ir diabetinės gangrenos atvejais turime sunkų kraujagyslių susirgimą, kuris tiesiog žymimas kaip arteriosklerozė; tačiau šitą kraujagyslių pakitimą R e d n e r ir kai kurie kiti autoriai siūlo skirti nuo banalinės arteriosklerozės, nes čia sužalojama ne kraujagyslės intima, bet media. Gangraena senilis atsirasti palankias sąlygas sudaro audinių atrofija, o gangraeną diabetica — audinių vulnerabilitetas.

Tuo tarpu, kai senilinės arba diabetinės gangrenos atsiradimas glūdi kraujagyslių sienelės degeneraciniuose procesuose, spontaninė (juvenilinė) gangrena daugelio autorių manymu atsirandanti del kraujagyslių sienelėje vykstančių proliferaciškai uždegiminių procesų. Tik nevisi sutinka su B u e r g e r'o paskleista teorija, kad šituo atsitikimu turima reikalo su thrombangiitis obliterans. Pvz., R e d n e r mano, kad spontaninė gangrena yra i n f e k c i n i s r e u m a t i n i s s u s i r g i m a s. Jis ištyrė 15 del šitos ligos amputuotų galūnių ir konstatavęs, kad ne trombas esąs pirminis kraujagyslės užakimo momentas. Pasak jo, čia turima reikalo su dirgikliu, kuris lokalizuojąsis adventicijoje ir kuris žadinąs intimos augimą, produktyvų uždegimą ir tik paskui susidaraąs trombas. Panašiai kaip endokardito atveju, endarteriitis gali būti verrucosa ir polyposa. R e d n e r mano, kad šitas susirgimas labiau pa-

plitęs Rusijoje ir Lenkijoje del oro, kuris vyrauja tuose kraštuose. Jis nurodo, kad spontaninė gangrena gerai pasiduodanti gydoma salicilatais, kas taip pat kalbą už infekciškai reumatinę jos kilmę.

Pasirėmęs amputuotų del spontaninės gangrenos galūnių patologo-anatomiškai tyrimais, Ugerri tvirtina, kad šitas susirgimas (gangraena spontanea) esąs grynai infekcinės kilmės. Ją sužadinąs nežinomas sukėlėjas. Pasak autoriaus, pusiausvyros sutrikimas tarp endokrininės ir simpatinės sistemų skatinąs atsirasti infekciją, kas esą nekrozės priežastimi. Pasak jo, intimos pakitimai esą universalaus pobūdžio — ne vien sužalotoje galūnėje. Tirdamas mikroskopiškai autorius radęs: sustorėjusią intimą, iki visiško kraujagyslės užakimo, dvigubą elastiką, sužalotą mediją ir adventiciją, o kraujagyslių periferijoje mazgelius. Tos pačios nuomonės yra ir amerikiečių tyrinėtojas Rabinovič. Jisai kaip sukėlėją išskyręs 5-iems ligoniams bipolarinę gramneigiamą anaerobinę lazdelytę. Praslinkus dešimčiai metų po Rabinovič'o darbo pasirodymo, jojo bandymus buvo pakartojusi rusė Bobrickaja, bet visi pasėjimai gauti sterilūs. Tad turimi tuo klausimu duomenys yra nepakankamai įtikinami.

Nepriklausomai nuo gangrenos atsiradimo teoriško aiškinimo ir analizės, neabejotinai figūruoja veiksniai, skatinantieji tos ligos atsiradimą. Dalis autorių mano, kad lemiama ir vienintelė spontaninės gangrenos atsiradimo priežastis esanti egzogeniniai veiksniai: rūkymas, atšalimas, drėgmė, alkoholis, trauma, kūno pavargimas, intoksikacija, infekcija. Antroji jų dalis mano, kad priežastis glūdinti endogeniniuose veiksniuose, k. a.: įgimtas galūnių kraujagyslių susiaurėjimas, angiospazminė diatezė, neuropatinis palinkimas, paveldėjimas, gl. suprarenalis hiperfunkcija, diabetas, podagra. Trečioji autorių grupė mano, kad šito susirgimo kilmė esanti pirmųjų ir antrųjų veiksnių sumacija.

Helman, Braun, Erb, Rider ir kiti, neneigdami vienų ar kitų veiksnių, skatinančių gangrenos atsiradimą, vis tiktai mano, kad susirgimas atsirandąs tik tuo atveju, kai yra organizmo predispozicija. Tokia organizmo predispozicija jie laiko įgimtą indų inervacijos nepakankamumą, paveldėjimą, vegetacinės ir endokrininės sistemos konstitucinį silpnumą, diatezę ir t. t.

Dauguma autorių neabejoja, kad spontaninės gangrenos kilmėje didelį vaidmenį vaidinąs nikotinas. Schlesing, Kaller, Mejer, Zilbert ir kiti, ypatingai neuropatologai, obliteruojančio endarteriito kilmėje nikotinui priskiria lemiamą vaidmenį. 1933 metais keli amerikiečiai (Walter, Maddok ir Coller) paskelbė darbą apie tabako įtaką periferi-

nei vazokonstrikcijai, nurodydami jos sąsyjį su obliteruojamuoju endarteriitu. Tyrimai buvo daromi su įvairiais studentais, ir paaiškėję, kad rūkymas didinąs kraujospūdį, tvinksnio padažnėjimą ir kojų bei rankų pirštų temperatūros kritimą. Kontroliniai bandymai parodę, kad šitas efektas atsirandąs nuo pasisavinimo organizmo iš tabako dumų aktyvių produktų, konkrečiai — nikotino. Kai kuriems nikotino veikimas užtrukdavęs iki 30 minučių, baigus rūkyti; veikimas ilgiau trunkąs kojų negu rankų pirštams. Kam jau yra buvę obliteruojamojo endarteriito reiškiniai, vazokonstrikcijos simptomai užtrukdavę ypatingai ilgai. Perlov'o stebėjimai parodė, kad sveikata tų ligonių, kurie metė rūkę, pagerėjusi greičiau, negu tų, kurie teberūkė. Dažniau pasitaikanti gangrena rusų, turkų ir armėnų tarpe taip pat norima paaiškinti rūkymu. Tačiau vis tiek rūkymas nėra vienintelė spontaninės gangrenos priežastis, nes kitaip sunku būtų suprasti jos kilmė, pvz., tiems, kurie nerūko, arba arkliams. Pagaliau mūsų laikais paplitęs moterų tarpe tabako abusus taip pat prieštarauja šitai pažiūrai, nes iš statistikos duomenų nematyti, kad moterys dabar būtų dažniau paliestos šito susirgimo. Mūsų klinikos duomenimis iš atvykusių su galūnės gangrena ligonių buvo 15 smarkių rūkytojų ir ⅔ jųjų buvo palyginti jauni (vidurkis 47 metai).

Vienas svarbiausias spontaninės gangrenos atsiradimo veiksnys neabejoitnai yra šaltis, nušalimas, drėgmė. Pagal mūsų klinikos duomenis iš 75 ligonių 19-kos jųjų anamnezėje aiškiai figūruoja seniau buvęs nušalimas. Šičia neįskaitomi tie atsitikimai, kada patys ligoniai anamnezės metu nesiejo savo susirgimo su pirmiau buvusiu nušalimu. Nušalimui spontaninės gangrenos kilmėje žymią vietą skiria dauguma autorių. Pvz., Erb sako, kad 50% spontaninės gangrenos atsitikimų priežastis esanti nušalimas. Idelson, Erb, Buerger, Schlesinger, Kaller, Obertur ir kt. nurodo, kad tų ligonių dauguma buvusi kilusi iš šiaurės sričių. Nebūtina nušaldyti galūnę tiek, kad ji liktų sustingusi: pakanka ji palaikyti vienoje padėtyje ilgesnį laiką, kad ir arti 0°, ir ateityje tat galį būti gangrenos atsiradimo priežastimi. Zoege von Manteuffel ir Rudnicki jūrų kiaulytėms, kurių užpakalinė galūnė buvo atšaldoma eteriu, galėję sukelti morfologinius pakitimus, panašius į tuos, kurie būna esant spontaninei gangrenai. Winiwarter gangrenos atsiradmą sieja su galūnės nervų ir kraujogyslių peraugimu jungiamuoju audiniu del kartotinio, ilgai trunkančio, atšaldymo. Jojo manymu jungiamojo audinio augimas nervuose sužadinąs skausmus, o to audinio augimas kraujagyslėse sukeliąs obliteraciją ir vėliau gangreną. Žymi dalis mūsų ligonių skundėsi, kad po galūnės nusišaldymo ilgą laiką jutę toje galūnėje įvairius negeru-

mus (nutirpimą, sustingimą, šalčio bijojimą ir t. t.) ir tik praslinkus ilgam laikotarpiui nuo menko kurio insulto arba be matomos priežasties pagaliau tie negalavimai pasireiškę gangrena.

Bet šaltis toli gražu ne vienintelė spontaninės gangrenos priežastis. Visiems žinomas faktas, jog Turkijoje, Italijoje, Portugalijoje, Pietų Kinijoje gangraena spontanea taip pat yra plačiai paplitusi, o tat rodo, kad esama ir kitų veiksnių, skatinančių jos atsiradimą.

Spontaninės gangrenos kaltininkė taip pat gali būti t r a u m a. Mūsų klinikoje figūruoja du atsitikimai, kur trauma, reikia manyti, buvo to susirgimo priežastis. Vienas ligonis — 54 metų amžiaus siuvėjas, turįs amputuotą dešiniąją koją (1905 metais buvo sužeistas kare), kreipėsi 1931 m. į kliniką del dešiniosios rankos gangrenos; čia figūruoja chroniškas, 25 metus trukęs traumavimas kriukiais. Antras atsitikimas — buvęs amerikietis, kurio kairiosios rankos pirštai prieš 20 metų ir kartotinai pieš 3 metus buvo traumoti, o dabar kaip tiktai toje vietoje atsirado gangrena, nors ilgą laiką po sužalojimo jo ranka buvo visiškai sveika. Keliose ligos istorijose figūruoja mažesnio laipsnio, ne tiek ryškios chroniškos traumos, k. a., įaugęs nagas, nuospauda, pamėgimas nešioti mažus batukus. Pvz., vienas ligonis, 37 metų amžiaus, pareiškė, kad jis nuolat nešiojąs tokius labai mažus batus, kurie vasaros metu tiek spaudžią, jog negalįs net stovėti vienoje vietoje. Tačiau nors ir tenka skaitytis su trauma, bet reikia manyti, jog ji tik turintiems predispoziciją gali pagreitinti gangrenos atsiradimą, nes antraip kiniečiai ir moterys būtų jau seniai praradę savo kojas. Pažymėtina, kad maži batai gali duoti vaizdą claudicatio intermittens, kuri, kaip taisyklė, išnyksta nustojus nešioti tokius batus.

B r u e c k n e r, aprašydamas du endarteriito atsitikimus del traumos, tvirtina, kad šitų pakitimų priežastis esąs trauminis indų nervų dirginimas, nes, pašalinus tokiu atveju židinį, kraujotaka kolateralėmis žymiai pagerėja. M o r t o n ir S c o t t tvirtina, kad ūminis trauminis sužalojimas sužadinąs dispoziciją angiospazmui, kuris paprastai liekąs latentiniame stovyje, ir po daugelio metų, susidarius tam tikroms sąlygoms, ypač šalčio įtakoje, pereina į manifestinę formą. Atrodo, kad padidėjusi vazokonstrikcinė reakcija yra pagrindinė reakcija į traumą, tačiau tarp traumos ir angiospazmo laipsnio nėra jokio paralelizmo.

Z e n k o v i č pateikia daugelį atsitikimų, kur jis galūnės indų susirgimą (claudicatio intermittens, spontaninę gangreną ir morbus Raynaud) sieja tiesiog su buvusia galvos trauma, tačiau dauguma jo aprašytų atsitikimų nepakankamai įtikina.

Pagaliau vargu ar rasis žmogus, kuris kada nors jaunystėje nebūtų turėjęs galvos traumos. Pasak Astvakaturov'o „Traumos sąvoka yra labai plati ir ieškant ji galima rasti kiekvieno ligonio anamnezėje".

Be aukščiau minėtų veiksnių, turinčių įtakos gangrenos susidarymui, tenka dar paminėti infekcija. Syfilio, vidurių šiltinės, influencos ir kai kurių kitų infekcinių ligų atvejais gali būti infekcijos paliestos kraujagyslės — susidaryti endarteriitis ir, kaip padarinys, gangrena. Jau iš seno nurodoma, kad tifiniai susirgimai galį komplikuotis įvairiais kraujagyslių susirgimais. Kartais šitų komplikacijų kliniškas vaizdas visiškai primena spontaninę gangreną su visais jai būdingais reiškiniais. Ypatingai daug tokių potifinių gangrenų pastebėta tuojau po karo. Šiuo metu tokių atsitikimų pasitaiko žymiai rečiau. Tarp mūsų ligonių tifinio susirgimo buvo paliesti 9, ir 2 iš šitų atsitikimų, reikia manyti, buvo del vidurių šiltinės. Vienas 45 metų amžiaus ūkininkas, atvykęs į kliniką del abiejų kojų gangrenos, pareiškė, kad savaitei praslinkus po persirgimo, vidurių šiltine, sutinusios kojos ir pajuodavę pirštai; o antrasis — 16 metų ūkininkė, atvykusi į kliniką del dešiniosios kojos pirštų gangrenos, pasisakė esanti neseniai sirgusi vidurių šiltine. Pažymėtinas dar vienas atsitikimas: ligonis 22 metų amžiaus; prieš pustrečio mėn. sirgęs kažkuria infekcine liga (labai skaudėję galvą), o dabar pamėlynavęs dešiniosios kojos didysis pirštas ir skaudą visą koją. Lues turėjo iš mūsų ligonių tik vienas — 22 metų amžiaus.

Palietus gangrenos etiologijos klausimą, galima būtų nurodyti dar daugelis pažiūrų šituo opiu klausimu, tačiau jau iš patiektų įvairių autorių nuomonių galima spręsti, kad gangraena spontanea yra sudėtinė sąvoka, turinti savyje etiologiniu atžvilgiu skirtingas susirgimo lytis.

Kad ir kaip yra skirtinga gangrenos kilmė, vis tiktai ir senilinės, ir spontaninės, ir diabetinės gangrenos galūtina išeitis yra ta pati — audinių nekrozė; tačiau prieš tai nekrozei atsirandant paprastai būna ilgą laiką prodrominiai reiškiniai, reumatinio-neuralginio pobūdžio, galūnės tirpulių, traukulių, skausmų, ypač naktimis, odos spalvos pakitimo, dysbasia intermittens ir t. t. pavidalo.

Gangrenos gydymas. Gangrenai gydyti taikomomis priemonėmis stengiamasi atsiekti du tikslu: 1) pašalinti visos kenksmingos įtakos ir 2) pagerinti kraujotaka. Gydymui taikoma labai gauti fizikinė (gimnastika, šilima, helio ir infraraudonųjų spindulių, rentgeno) terapija, medikamentinė (padutin, histamin, acetylcholin, folliculin), konservatyviai-operatyvinė (periarterinė simpatektomija, simpatinių ganglijų re-

zekcija, exstirpatio gl. suprarenalis ir t. t.) ir operatyvinė terapija, kurios detalių tiesiog neįmanoma būtų išvardyti.

Mūsų klinikoje buvo padaryta Gritti operacija 21 kartą (5 mirė), 6 kartus periarterinė simpatektomija, 1 kartą gangliotomija, gana daug kartų alkoholio injekcija į n. ischiadicus ir 4 kartus resectio gl. thyreoideae. Visi šitie išbandyti būdai, be skydliaukės rezekcijos, nedavė patenkinamų rezultatų; o skydliaukės rezekcija visais 4 atvejais davė palyginti gerus rezultatus: tuojau po operacijos skausmai sumažėdavo ir paskui visai išnykdavo, galūnė likdavo šiltesnė ir rausvesnė, gangrena nustodavo progredijavusi. Vienas iš šitų ligonių, 57 m. amžiaus krepšių pynėjas, turįs kairiosios rankos gangreną, demonstruojamas suvažiavime. Rezekcija paremta tąja pažiūra, kad gangrenos atvejais turima reikalo su antagonistų (thymus'o, ovarų, kasos) hipofunkcija ir silpnumu. Iš padutin'o, kurį ir mūsų ligoniai plačiai vartojo dar prieš atvykdami į kliniką, patenkinamų rezultatų negauta. Šitas Frey'o ir Haberland'o kraujo apytakos hormonas pirmučiausia indikuotinas prodrominėje stadijoje. Jojo veikimą autoriai visaip įvertina. Kapis, pvz., jo veikimą aiškina grynai nespecifine dirginamąja terapija.

Autoreferat.

Beschrieben werden 75 Fälle von Gangrän der Extremitäten. Darunter 71 Männer u. 4 Frauen. Beruf: 38 Bauern und 37 andere (Arbeiter, Schneider u. a.). Es scheint, dass das Spontangangrän häufiger bei Arbeitern, Handwerkern auftritt, seltener bei Bauern. Unter den 75 Kranken waren nur 3 Juden, was nicht mit Bürgers Ansicht übereinstimmt. Bei 70 Kranken war das Gangrän an den unteren Extremitäten, 5 an den oberen. Bei 19 Kranken fand man in der Anamnese eine früher stattgefundene Erfrierung derselben Extremität, bei 4 Kranken — ein altes, chronisches Trauma der Extremität, bei 15 Kranken — ein überaus starkes Rauchen von klein auf, bei 9 Kranken — Abdominaltyphus. Als Beispiel chronischer Traumatisation, als deren Folge später ein Spontangangrän auftrat, kann ein 54-jähriger Schneider sein. 1905 wurde ihm im Kriege das rechte Bein amputiert; danach spazierte er die ganze Zeit auf Krücken. 1930 stellte sich Parästhesie an der rechten oberen Extremität ein, und nach einem Jahr trat hier das Gangrän auf. Das Rauchen ist keine ausschliessliche Ursache für das Auftreten einer Gangrän, denn es wäre dann schwer zu erklären das Gangrän bei Nichtrauchern, oder Pferden. Schliesslich spricht dagegen auch der jetzt so verbreitete Nikotinabusus unter Frauen, denn aus der Statistik ist nicht zu ersehen, dass jetzt Frauen an Gangrän häufiger leiden. Auch Kälte kann nicht als einzige Ursache der Gangrän angesehen werden, denn auch in warmen Ländern — Türkei, Italien, Portugal, Südchina — ist das Gangrän ebenso häufig verbreitet, wie in kalten Gegenden. Desgleichen ist auch ein chronisches Trauma nicht als massgebendes auslösendes Moment für ein Gangrän anzusehen, denn sonst müssten ja die chinesieschen, ja, auch unsere Frauen, ihre Beine verlieren. Es ist anzunehmen, dass das Spontangangrän ein komplexer Begriff ist, der in Bezug auf die Ätiologie verschiedene Formen der Erkrankung aufweist. Auch die Kälte, das Rauchen, ein chron. Trauma u. andere Faktoren spielen ätiologisch eine Rolle, aber nur, wenn zu dieser Erkrankung

eine Praedisposition besteht. Die Kranken wurden mit verschiedenen Methoden behandelt. 4 mal wurde zu therapeutischen Zwecken eine Resektion der gl. thyreoidea ausgeführt, und in allen diesen Fällen erhielt man befriedigende Resultate.

Diskusijos del XX-ojo (d-ro V. Paprocko) pranešimo:

1. Prof. Al. Hagentornas: Labai tipiškai pasireiškia pėdos gangrena jauniems subjektams po šalčio traumos. Kitą kartą, praėjus ištisiems metams po šitokios traumos, kojos pradeda smarkiai skaudėti, ypač naktį. Šitie skausmai būna tiek stiprūs ir nepakenčiami, jog ir morfio įšvirkštimai negali jų nuraminti. Kartu išsivysto gangrena, del kurios pėdos dalis amputuotina. Po to, apskritai žaizda gyja, bet praėjus kiek laiko, metams ar mėnesiams, procesas vėl kartojasi ir pagaliau koja šlaunies srityje tenka amputuoti. Šitą gangrenos formą apibūdina po šalčio traumos laisvas laikotarpis, kada ligonis savo kojas laiko visiškai sveikomis. Šita prasme gangrena išsivysto panašiai kaip ir po nudegimų rentgeno spinduliais, kurie (nudegimai) gali pasireikšti, praėjus ilgam laikui po rentgeno spindulių paveikimo.

XXI.

Gyd. St. Stonkus.

PORA PASTABŲ DEL PŪLINIO PLEURITO GYDYMO.

(Iš V. D. Un-to Chirurginės klinikos. Vedėjas — prof. med. dr. Al. Hagentornas).

I.

Pūlinio pleurito gydymo kryptį dažniausiai nustato terapeutai, kurių žinion pirmiausia patenka tokie ligoniai.

Jei suaugę ligoniai iš pat pradžių perleidžiami chirurgams, tai vaikai stengiamasi pagydyti punkcijomis.

Tokia apsaugojamoji terapija turi čia savo pagrindą. Vaikai, ypač maži, būdami ligos pradžioje ypatingai sunkiame stovyje, dažnai nepakelia kiek didesnės intervencijos. Tada punkcijos indikuotinos kaipo vienintelė aktyvi priemonė. Bet ir tolimesnėje ligos eigoje ištuštinamosiomis punkcijomis neretai pavyksta pasiekti pagijimas.

Tačiau ir vaikų empyemas gydant konservatiškumas turi būti aprėžtas. Vaikas, išgelbėtas punkcijomis nuo ūminės empyemos padarinių, gali vėliau žūti del chroniškos intoksikacijos, jei atkakliai bus vengiama radikališkesnio pūlių pašalinimo priemonių. Nereikia užmiršti, kad ir vaikų amžiuje pleuros tuštimo drenavimas turi savo teises.

Tačiau operacija turi būti atlikta savo laiku: ne per anksti, bet ir ne per vėlai, kai visos gyvybinės jėgos jau išeikvotos.

Iš 19 vaikų (12 berniukų ir 7 mergaičių), gulėjusių praėjusiais (1938) metais V. D. Un-to Chirurginėje klinikoje, operuota 16. Jauniausias vaikas buvo 4 metų ir 9 mėnesių, vyriausias — 14 metų amžiaus. Dauguma iš jų atvykdavo pas mus sunkios intoksikacijos stovyje, dažnai turėdami t^0-rą, siekiančią 39—40°C.

Neretai būdavo konstatuojamas pyopneumathorax. Beveik visi jie, prieš atvykdami pas mus, būdavę ilgesnį laiką gydomi punkcijomis.

Vienas berniukas atvyko su gydytojo lydimu rašteliu, kuriame buvo pažymėta, kad ligoniui padaryta 60 punkcijų! Kitam berniukui punkcijos darytos kas antra diena per 6½ mėnesių! Būdinga, kad šitie vaikai, šiaip apatiški, pastebėję gydytojo rankose punkcinę adatą, baimės apimti, darydavosi tiesiog nebesuvaldomi.

Iš 16 operuotų vaikų 12 padaryta šonkaulių rezekcija su uždaru drenavimu. Iš jų mirė 1 vaikas (8,3%). 3 kartus pleuros tuštimas drenuotas transkostaliai, įkišus dreną troakaro pagelba. Mirė 1 vaikas. 1 kartą pavartotas originalus Bülau'o būdas.

Po šonkaulio rezekcijos mirė 5 metų amžiaus berniukas. Jo anamnezė netipiška. Prieš tai sirgo apie pusantrų metų. Prieš 1 metus provincijoje buvusi daryta šonkaulio rezekcija. Pas mus atvyko su recidyvu, be galo sunkiame stovyje. Kartotinai padarius šonkaulio rezekciją, vaikas iš pradžių pradėjo visais atžvilgiais sparčiai taisytis. Bet po 4 savaičių sveikata vėl pablogėjo. Atsirado skorbutiniai reiškiniai. Aplink operacinę žaizdą oda plačiai nekrozavo. Vaikas mirė 38 dieną po operacijos. Keletą dienų prieš mirštant padarytoje krūtinės ląstos rentgeno nuotraukoje konstatuotas ištuštėjęs pleuros tuštimas su gerai išsiplėtusiais plaučiais.

Antras vaikas, po transkostalinės torakotomijos ir drenavimo troakaro pagelba mirė panašiose aplinkybėse. Pūliuose rasta streptokokų. Praėjus 2 savaitėm po operacijos po trumpalaikio pagerėjimo aplink dreną išsivystė plati nekrozė.

Šiaip kiti 14 vaikų tiesiog stebėtinai tuojau po operacijos pasikeisdavo gerojon pusėn. T° krisdavo, atsirasdavo apetitas, svoris augdavo diena iš dienos. Veido spalva gerėdavo ir vaikai, išgulėję po operacijos vidutiniškai po 30,2 dienų, išvažiuodavo iš klinikos pasveikę su užgijusiomis ar baigiančiomis gyti operacinėmis žaizdomis. O iki operacijos jie būdavo punktuojami vidutiniškai po 62,3 dienas kiekvienas.

Pateikdamas šituos skaičius, noriu pabrėžti tą perdėtą konservatiškumą, kuris pastebimas Lietuvoje vaikų empyemas gydant. Manau, kad, jei šitoje srityje būtų didesnis bendradarbiavimas tarp pediatrų ir chirurgų, tai vaikų pūlinio pleurito prognozė žymiai pagerėtų.

II.

Kaip žinoma, empyemos operatyvaus gydymo tikslas ir idealas yra patikrinti nevaržomą, nuolatinį pūlių nubėgimą iš pleuros tuštimo ir atstatyti tas fizikines bei anatomines sąly-

gas, kurios jame yra buvusios prieš susergant. Pūlių vietą turi užimti plaučiai, o ne oras.

Esant tokiam komplikuotam uždaviniui, pleuros pūlinio negalime traktuoti kaip paprasto absceso. Ideališku reikėtų laikyti tokis drenas:

1) kuris būtų lengvai praeinamas ir tirštiems pūliams;
2) kuris aktyviai trauktų pūlius iš pleuros tuštimo;
3) per kurį ir pro kurį oras negalėtų patekti į pleuros tuštimą.

Šiuo metu labiausiai populiari ir tobula operacija laikomas drenavimas pro rezekuotą šonkaulį, pritaikius vienokią ar kitokią aspiracinę priemonę. Visgi šita operacija gali tinkamai atlikti tik 2 pirmuosius uždavinius. Hermetiškumas gi lieka problemiškas, nes tarp žaizdos ir dreno esąs tarpas netrukdo orui praeiti į pleuros tuštimą.

Tiesa, vartojant ir netobulus hermetiškumo atžvilgiu drenavimo būdus, dažniausiai pasiseka gerai atstatyti plaučiai ir pasiekti pagijimas. Patologiškai fiziologiniu atžvilgiu tasai reiškinys nėra visai aiškus. Manoma, kad plaučiai gali patys aktyviai plėstis, jei tik atmosferos oro komunikacija su pleuros tuštimu nėra per plati (mažesnė kaip tos pusės broncho skersmuo).

Patyrimas rodo, kad juo mažesnė toji komunikacija, t. y. juo sandariau įstatytas drenas krūtinės sienelėje, tuo greičiau ir pilniau galima išplėsti plaučiai ir tuo būdu pasiekti pagijimas.

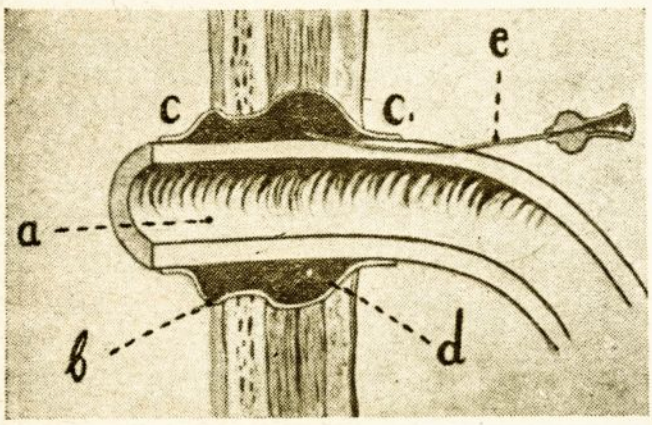
Nenuostabu todėl, kad daugelis operatorių kreipia ypatingą dėmesį į dreno hermetišką įtaisymą. Siūlyta ir tebesiūloma įvairiausių būdų. Vieni užtveria orui kelią į pleuros tuštimą specialiais tvarčiais, kiti tam tikslui pavartoja pačią krūtinės sienelę (čia sandariai apsiūdami aplink dreną žaizdą, čia sudarydami minkštuose audiniuose kanalą - tunelį ir pro jį išvesdami dreną, čia pagaliau atitinkamai išnaudodami kaulinę krūtinės sienelės dalį). Yra išrasta daugelis daugiau ar mažiau komplikuotų kaniulių, aparatų ir t.t. Didelis kiekis priemonių, siekiančių tobulą dreno įtaisymą žaizdoje, rodo, kad tikros priemonės nėra.

Pagrindinė nepasisekimų priežastis ta, kad drenas, kaip sandariai jis bebūtų iš pradžių įstatytas, gulėdamas žaizdoje kaip svetimkūnis, sukelia gretimuose audiniuose atitinkamą uždegiminę reakciją, kurios rezultate žaizda platėja ir drenas darosi palaidas.

Mūsų klinikoje dažniausiai vartojama S c h m e r z'o šonkaulių rezekcijos modifikacija. Šonkaulyje išpjaunama apvali skylė lygiai tokio didumo, kad galima būtų įkišti drenas. Sandariai dreną apsupantieji stabilūs kaulo rėmai ilgesnį laiką nepraleidžia oro. Mes vartojame storus (piršto storumo) drenus. Trepanuojant atitinkamo didumo skylę, neužtenka viso šonkaulio pločio, todėl apvaliai išpjaunama viršutinė šonkaulio pusė,

paliekant apatiniame krašte nedidelį kaulo tiltuką. Taip pat, ypač vaikams, trepanu išpjaunama krūtinės sienelėje anga, kuri savo centru atitinka tarpšonkaulinį tarpą, užgriebdama 2 gretimų šonkaulių dalis. Mūsų patyrimais šitos šonkaulių rezekcijos modifikacijos duoda gerų rezultatų. Žinoma, absoliutaus hermetiškumo ir čia nepavyksta gauti.

Paskutiniu laiku pradėjau vartoti dreną, kuriuo tikiuosi pasieksiąs geresnį sandarumą. (Žiūr. piešinį).



Piešinys.
Drenas pleuros empyemai gydyti (drenuoti).

Aplink kieto guminio dreno galą *a* (žiūr. piešinį) užmaunama muftos pavidalo nestora guma *b* (pvz., atitinkamai išpjautas iš storesnės chirurginės pirštinės pirštas). Abu muftos galai *(c, c)* sandariai prilipdomi prie dreno paviršiaus. Tuo būdu tarp vidurinės muftos dalies ir dreno susidaro laisvas tarpas — kamera, kuri galima padidinti pripūtus į ją oro *d* (event. skysčio). Tat patogiausiai galima atlikti paprastos kaniulės (injekcinės adatos) *e* pagelba, pritaikius ventilinį veikimą.

Tokis drenas sterilizuojamas autoklave. Operacijos metu ištrepanavus šonkaulyje ar dviejuose šonkauliuose apvalią skylę, pro įpjautą pleurą įkišamas drenas. Dabar pro kaniulę pučiama oro tol, kol besiplečianti guma stipriai prisispaus prie žaizdos ir užpildys visus jos nelygumus. Uždaroje elastiškoje kameroje esąs suspaustas oras, lyg suspausta spyruoklė, pastoviai ir elastiškai spaudžia periferiją ir tuo būdu palaiko nuolatinį sandarumą tarp dreno ir progresyviai platėjančios patologiškai fiziologinių procesų eigoje žaizdos. Tikrumo dėliai karts nuo karto papildomai pripučiama oro į kaniulę.

Vartodamas tokį, tiesa, dar primityviai įtaisytą dreną, gaudavau labai patenkinamų rezultatų. Ir po 10—14 dienų po operacijos konstatuodavau visiškai hermetišką dreno veikimą.

Autoreferat.

Einige Bemerkungen zur Behandlung der eitrigen Pleuritis.

I.

Hinweisung auf den übertriebenen Konservatismus bei der Behandlung des Empyems bei Kindern. Entleerungspunktionen sind hier ganz begründet, jedoch ist ihre Anwendung beschränkt. Man muss rechtzeitig verstehen die Punktionen aufzugeben, wenn dadurch keine Resultate erzielt werden, um die Toleranzgrenze des Organismus nicht zu überschreiten u. um den Weg zu mehr radikalen Mitteln nicht zu sperren.

Im Jahre 1938 waren in der Chirurg. Un.-Klinik Kaunas 19 Kinder mit Empyem (12 Knaben, 7 Mädchen) im Alter von 4½—14 Jahren. Die Mehrzahl davon wurde vorher lange Zeit konservativ behandelt — punktiert (einige wurden 60—90 mal punktiert). Viele waren in schwerem Intoxikationszustande. Oft wurde pyopneumothorax konstatiert. Temperatur 39—40°.

Insgesamt wurden 16 Kinder operiert. Bei 12 Kindern wurde eine Rippenresektion ausgeführt, mit geschlossener Drainage (1 Kind starb. 8,3%). In 3 Fällen wurde der Drain mit Hilfe des Troicarts perkostal eingeführt (1 Kind starb). In 1 Falle wurde die Bülaumethode angewandt.

Das nach einer Rippenresektion verstorbene Kind war 5 Jahre alt. Die Krankheit dauerte schon 1½ Jahre. Vor 1 Jahre wurde eine Resektion ausgeführt. Nach der jetzigen Operation besserte sich anfangs der Zustand, doch nach 4 Wochen wurde es wieder schlimmer u. am 38. Tage starb des Kind mit Skorbuterscheinungen. Einige Tage vor dem Tode ergab das Röntgenbild eine gut antleerte Pleurahöhle mit sich gut enfalteter Lunge. — Die übrigen 14 Kinder besserten sich nach der Operation zusehends. Sie lagen in der Klinik im Mittel je 30 Tage u. verliessen dann geheilt die Klinik. (Die vorhergegangene konservative Behandlung dauerte im Mittel je 60 Tage).

II.

In Anbetracht der besonderen physikalischen Bedingungen in der Pleurahöhle, unterscheidet sich die Drainage der Pleurahöhle von der eines einfachen Abszesses. Ein idealer Drain wäre: 1) wenu er auch für dicke Flüssigkeit leicht durchgängig wäre, 2) wenn er den Eiter aus der Pleurahöhle aktiv ziehen würde, 3) wenn durch ihn u. neben ihn keine Luft in die Pleurahöhle dringen könnte. Bis jetzt haben wir noch keine sichere Methode für eine hermetische Drainage der Pleurahöhle.

In der Chirurg. Un.-Klinik Kaunas wird am häufigsten die geschlossene Drainage durch die resezierte Rippe (nach Schmerz) angewandt. Häufig wird mit Hilfe des Trepans in der Brustwand eine Öffnung freigemacht, deren Zentrum dem Interkostalraum entspricht, u. Teile der 2 benachbarten Rippen mitgenommen. In letzter Zeit begann der Autor mit gutem Erfolg ein von ihm konstruierten Drain anzuwenden. Die Oberfläche des Drains wird von einer geschlossenen Kammer aus dünnem Gumma umgeben. Bei der Operation wird der Drain in die Pleurahöhle derartig eingeführt, dass die erwähnte Kammer sich ganz neben den trepanierten Rippen anschmiegt. Sodann wird auf bestimmter Weise die Kammer mit Luft oder Flüssigkeit gefüllt, sie erweitert sich u. drückt fest auf die Wundränder. Somit wird eine hermetische Schliessung erzielt. Der Autor konnte auch noch nach 10—14 Tage eine völlig hermetische Wirkung des Drains beobachten.

(**Diskusijas** del d-ro Stankaus pranešimo žiūr. „Medicinos" 1939 m. 1—11 num., 897 pusl.).

XXII.

Gyd. K. Pautienis.

PLEUROS EMPYEMOS GYDYMAS NEREZEKAVUS ŠONKAULIO.

(Iš Utenos apskr. sav-bės ligoninės chirurginio skyriaus).

Plaučiai del savo elastingos struktūros turi didelį palinkimą trauktis ir plėstis. Pūlinis eksudatas pleuros tuštime pirmiausia spaudžia plaučius, del to įvyksta pleuros sustorėjimas ir plaučių plote išsivysto induracinis procesas. Jei plaučiai būna kai kurį laiką spaudžiami, tai dažnai praranda savo elastingumą plėstis, susidaro pleuros sustorėjimų ir randų net iki 5 mm storio. Del plaučių susitraukimo atsiranda tuštimas, kuris, pasikėlus diafragmai ir prisitaikius krūtinės ląstai, išnyksta; tačiau kartais nepakanka fiziologinių pasikeitimų tuštimui išnykti ir tenka dirbtiniu būdu jis pašalinti.

Anksčiau buvo manoma, kad operuotina pleuros empyema tada, kai tik atsiranda pleuros tuštime pūlių. Tačiau kliniški stebėjimai parodė, kad operuotina savo laiku: nei per vėlai, nei per anksti. Vieni autoriai mano, kad B ü l a u'o uždaras drenavimas galima daryti, praėjus 10—15 dienų nuo empyemos pradžios, P e r t h e s'o uždaras drenavimas — praėjus 2—3 savaitėms ir atviras drenavimas galima daryti kiek vėliau, praėjus 3—5 savaitėms nuo susirgimo pradžios.

Dauguma autorių prieina išvadą, kad pleuros empyemos atveju operuotina tik tada, kai organizmui nesusidaro pavojaus atviram pneumathorax'ui išsivystyti.

Kol pleuros lapeliai, ypač visceralinis, nėra sustorėję, kol nėra dar išsivysčiusi atrezija, kol mediastinum'as dar tebėra nesifiksavęs, kol mediastinum'as dar nėra pasiekęs savo stabiliškumo del atsirandančių suaugimų, tol šonkaulio rezekcija arba kita operacija del atviro pneumathorax'o susidarymo yra pavojinga. Sustorėjusi pleura sudaro lyg kapsulę, kuri su pasidariusiais suaugimais apsaugoja plaučius nuo susitraukimo, kai operacijos metu staiga įeina oras. Šitas savo laiku operavimas galima būtų apskaičiuoti nuo susirgimo pradžios, iki procesas plaučiuose užsibaigia.

Tuo pasirėmus empyema reikėtų operuoti ne anksčiau, kaip praėjus 2 savaitėm nuo pneumonia crouposa pradžios; bet geriau būtų laikas apskaičiuoti ne nuo pneumonia crouposa pradžios, o nuo pūlinio proceso pradžios pleuros tuštime. Del atsirandančių suaugimų mediastinum'as pasiekia savo stabiliškumą ir plaučių pleura įgauna pakankamą sustorėjimą, susidaro lyg kapsulė, kuri apsaugoja plaučius nuo staigaus sukritimo operacijos metu ir esti mažiau pavojaus del mišrios infekcijos,

kuri atsiranda po operacijos. Šitas procesas įvykstąs ir pasidarančios tinkamos sąlygos operacijai, pasak daugumos autorių, nuo 10—20 d., nuo pūlinio uždegimo pradžios. Pasirodo, kad pleuros empyema geriau operuoti keletą dienų vėliau po to, kai organizmas atlieka tai, kas jam priderėjo atlikti, o ne anksčiau, nors ligonis turėtų sunkų intoksikacijos stovį, kardiovazomotorinės sistemos sutrikimą ir nors internistai pageidautų operacijos.

Kliniški stebėjimai rodo, kad operuotųjų pirmą savaitę po susirgimo pleuros empyema duoda daug didesnį mirtingumo % negu vėliau operuotų.

Bülau'o metodė su plonu ir švelniu drenavimu atsiekia tikslą tik tuomet, kai pūliai esti skysti; vėliau pūliams sutirštėjus, kad ir įkišamas storesnis drenas, bet šonkauliai užspaudžia dreną ir pūliai nebebėga.

Šonkaulių rezekcijos atveju susidaro atviras pneumathorax'as, kad ir su tuo visaip kovojama, pūliai ilgai teka, išsivysto infekcija. Pastarosios priežastys ir įkyrus tvarčio keitimas silpnina pacientą ir duoda nemažą mirtingumą. Kad šonkaulio rezekcijos atveju nesusidarytų atviras pneumathorax'as, buvo mėginta pleuros tuštimas užpildyti pastomis, bet tikslo nebuvo atsiekta, nes jos per kelias dienas ištirpdavo.

Po operacijos susidarius pneumathorax'ui, sunku su juo kovoti, nes drenavimas nėra hermetiškas. P e r t h e s'o būdu su trijų butelių sistema galima oras evakuoti, bet tat tik laikina priemonė ir neatsiekia tikslo, nes pro dreno kraštus tuojau patenka oras į pleuros tuštimą.

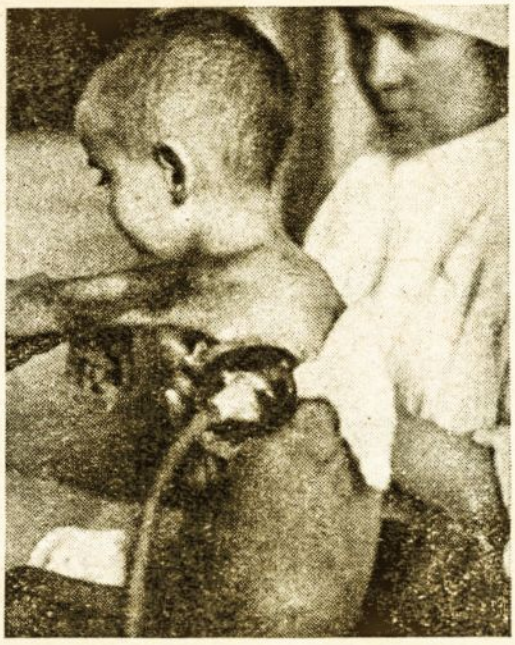
Po šonkaulio rezekcijos įstatant dreną, pripilama į dreną fiziologinio skiedinio, o vėliau raumenys aplink dreną tampriai sutraukiami, kad nepatektų oras ir neitų pro kraštus pūliai. Vėliau aplink dreną uždedama guma su cinko pasta.

Šitos visos metodės neatsiekia tikslo ir per kelias dienas pro dreno kraštus išsiveržia pūliai ir oras patenka į plaučius, — tada pasidaro dirbtinis pneumatoraksas. Kad išvengtume dirbtinio pneumatorakso ir kad pūliai pro dreno kraštus nepatektų išorėn, iki šiam laikui nebuvo tinkamo prietaiso, kad šonkauliai nesuspaustų įstatyto guminio dreno ir kad hermetiškai pro žaizdos kraštus nepraeitų oras ir pūliai.

Paskutiniu laiku yra išrastas specialus vamzdelis, kuris lengvai įkišamas, tvirtai ir aklinai uždaromas ir tvirtai pritvirtinamas prie thorax'o sienelės. Šitą vamzdelį (kaniulę) čia demonstruoju. Kaniulė lengvai įkišama, lengvai išimama. Po išėmimo žaizda greit užgyja. Šita kaniulė yra tuo gera, kad nepraleidžia oro, pūliai gerai nuteka ir neprasimuša pro kaniulės kraštus, nereikalinga dažnai keisti tvartis. Kaniulės spindis yra pakankamo dydžio ir pro jį išeina ne tik tiršti pūliai, bet ir nekrozinės masės. Kaniulė gali stovėti 4—16 savaičių ir nesu-

kelti jokių komplikacijų. Šita kaniulė išrasta d-ro Gallen Mraz'o (žiūr. atvaizdą).

Kai bijomasi per ankstyvos operacijos del dirbtinio pneumatorax'o pavojaus, tai vartojant šitą specialią kaniulę šita



Drenas pleuros empyemai gydyti (drenuoti).

baimė atkrinta, nes prie šitos specialios kaniulės yra oro pompa, su kurios pagelba oras iš pleuros greit evakuojamas.

Šita kaniulė gerai tinka ir vaikams.

Po pleuros empyemos operacijos įvyksta komplikacijų, kurių, žinoma, negalime išvengti, panaudojant šitą kaniulę.

Zusammenfassung.

Über die Behandlung des Pleuraempyems.

Bei der Behandlung des Pleuraempyems mittels Rippenresektion haben wir den Nachteil, dass einige Tage nach der Operation sich der Eiter seitlich des Drains nach aussen drängt u. die dabei in die Pleurahöhle eingendrungene Luft dann einen offenen Pneumothorax ergeben. Die sanfte Drainage nach Bühlau hat ihre Nachteile, weil es unmöglich ist zwischen die Rippen ein genügend dickes Gummirohr einzuführen, dass den dicken Eiter herausbefördern könnte. Das Gummirohr wir die Rippenränder komprimiert u. der Eiter fliesst nur ungenügend heraus. Um einen offenen Pneumothorax zu vermeiden u. um einen guten u. ständigen Abfluss des Eiters zu erhalten ist jetzt eine Metalkanüle mit einer Luftpumpe erfunden worden, die alle erwähnten Nachteile abschafft.

Diskusijos del XXI-ojo (d-ro St. Stonkaus) ir XXII-ojo (d-ro K. Pautienio pranešimų:

1. D-ras P. Kusa: Karo ligoninėje vartojamas hermetiškas apsiuvimas aplink dreną, įstatomą į pleuros tuštimą po šonkaulio rezekcijos empyemos atveju. Taip pat vartojamas ir aptepimas cinko pasta. Prie dreno prijungiama trijų butelių sistema pagal Perthes'ą neigiamam spaudimui gauti. Hermetiškumas pasiekiamas iki 14 dienų ir ilgiau.

Dr. L. Goldšteinas.

Mažoji diferencinė diagnostika

X. PNEUMOTHORAX*).

1938 metais rugpjūčio mėn. 22 d. 17 val. 30 min. tarnautojas Šl. K. sėdėjo savo šeimos tarpe užstalėje. Staiga jisai be jokios aiškios priežasties pajuto krūtinėje spaudimą, jo akyse patamsėjo, jo kūnas suprakaitavo, kvėpavimas sutrumpėjo, jisai išblyško ir beveik nustojo sąmonės. Pamažėle jisai pradėjo taisytis ir dabar galėjo sutrikimo lokalizaciją nustatyti: jisai aiškiai jautė sunkumą kairiojoje krūtinės pusėje; žengdamas kelis žingsnius pradėjo sunkiau ir greičiau kvėpuoti, ėmė stigti oro.

Tą pačią dieną apie 20 val. aš apžiūrėjau šitą ligonį. Radau jį gulint lovoje: bendra išvaizda nebloga, matoma nežymi lūpų cyanozė ir pagreitėjęs kvėpavimas. Tvinksnis 110 per minutę, gerai prisipildęs. Kvėpavimo ekskursijų 30 per min. Ligonis vidutinės mitybos, vidutinio ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo; veido spalva išblyškusi. Temperatūra normali.

Krūtinės inspekcija parodė, kad kairioji krūtinės pusė yra išsiplėtusi ir beveik nebedalyvauja kvėpavime; ji labai mažai juda.

Plaučių perkusija davė šiuos duomenis: dešiniųjų plaučių perkusinis garsas normalus, kairiųjų plaučių garsas timpaniškas.

Plaučių auskultacija: dešinieji plaučiai rodo normalų, gal kiek sustiprėjusį vezikulišką alsavimą; kairieji plaučiai jokio kvėpavimo ūžesio nerodo, jie nebekvėpuoja, tiktai užpakalinėje apatinėje dalyje girdimas susilpnėjęs alsavimas.

Fremitus pectoralis — dešinųjų plaučių normalus, kairiųjų plaučių susilpnėjęs.

Širdies ribos ir garsai normalūs.

Kiti vidaus organai jokių patologinių duomenų nerodo. Refleksai tvarkingi.

Anamnezė. Ligonis, 26 mt. amžiaus, seniai man žinomas. Savo gyvenime persirgęs typhus abdominalis su kojos venų tromboze; turi varices ir ulcera cruris; be to, sirgęs angina Plaut-Vincenti. Paskutinius 3 metus jaučiąs krūtinėje sunkumą, ypačiai kairiojoje pusėje; šiek tiek kosti, bet neskrepliuoja.

Ligonio šeimos anamnezė mums nieko nesako: jo šeimoje veldėtinių ligų nebuvo, nieks nesirgęs džiova.

---

*) Šitas atsitikimas buvo demonstruotas Kauno Med. Draugijos 1938 m. posėdyje.

Diagnozė šituo atveju galima nustatyti visai nediferencijuojant. Plaučių inspekcija, perkusija ir auskultacija duoda tokį vienareikšmį rezultatą, kad diagnozė yra aiški ir gali būti tiktai viena, būtent, *pneumothorax'as.* Kairiosios krūtinės pusės išsiplėtimas, perkusijos timpaniškas garsas, plaučių nedalyvavimas kvėpavime būna tiktai pneumotoraksui esant, tai yra, kai pleuros tuštime atsiranda oro, kuris suspaudžia plaučius, sudarydamas čionai aukštesnį spaudimą.

Bet kas vis delto diferencijuotina — tat *pneumothorax'o rūšis* ir *jo etiologija.*

Pirmiausia, mūsų terapiniams tikslams reikalinga nustatyti, ar mes turime čia *uždarą* arba *ventilinį pneumothorax'ą.*

1) *Uždaras pneumotoraksas* yra toksai, kurio perforuotoji vieta tuojau spontaniškai užsidaro ir pleuros tuštime oro kiekis nedaugėja.

2) *Ventilinis pneumotoraksas* duoda sunkų klinišką vaizdą. Čionai kiekvieno įkvėpavimo metu pro pleuros plyšį oras patenka į pleuros tuštimą, bet iškvėpavimo metu neiškvėpuojamas. Tuo būdu atsiranda vadinamas *slėgiamasis pneumotoraksas* (Spannungs-Pneumothorax), kadangi spaudimas pleuros tuštime vis didėja. Šitokiu atsitikimu atsiranda, kaip krūtinės ląstos organų nustūmimo padarinys, vis didėją dyspnoe, cyanosis, tvinksnio pablogėjimas, odos emfizema ir t. t. Aišku, kad šitokiu atsitikimu sumažintinas spaudimas pleuros tuštime ir išleistinas oras.

Mūsų ligonis aukščiau pažymėtų reiškinių nerodo. Tvinksnis neblogas, cyanozė ir dyspnoe laikosi tose pačiose ribose ir todėl ventilinis pneumotoraksas galima atmesti ir laikyti, kad turime uždarą pneumotoraksą.

Bet *iš kur mūsų ligoniui atsirado pneumothorax spontaneus? Kuri yra jo priežastis?*

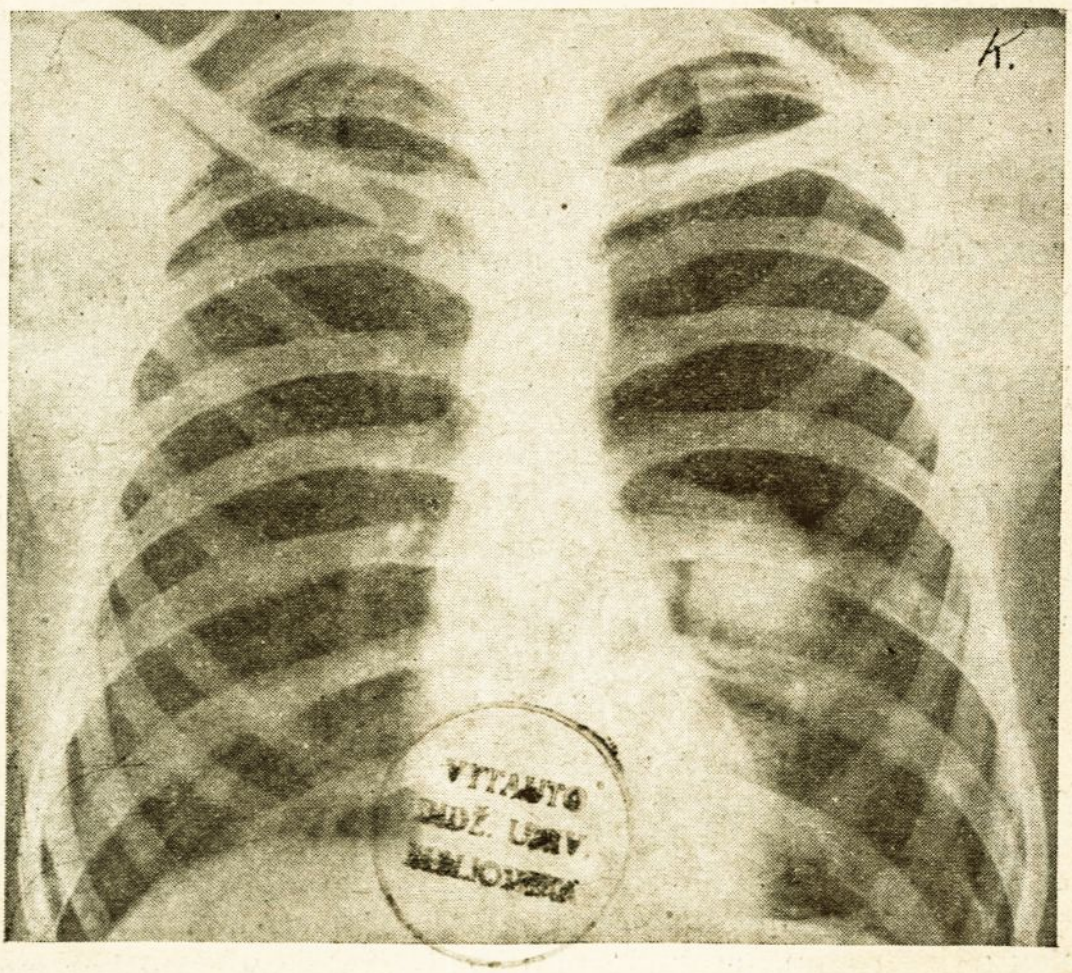
I. 90% visų spontaniškų pneumotoraksų atsiranda *tuberkuliozininkams* ir yra šitos ligos padarinys. Kai kaverna priartėja prie pleuros ir plyšta, tai pasidaro bronchų susisiekimas su pleuros tuštimu ir įvyksta pneumotoraksas. Susisiekimas su oru gali taip pat įvykti del kazeozinio židinio arti pleuros ištirpimo, tuo būdu taip pat įvyksta spontaniškas pneumotoraksas. Šitokie įvykiai pradinėse tuberkuliozės formose retai pasitaiko; chroniškai produktyviose tuberkuliozės formose taip pat retai gali pasidaryti pneumotoraksas.

Todėl mes turime paieškoti pas mūsų ligonį tuberkuliozės reiškinių.

Inspekcija, auskultacija ir perkusija, be pneumotorakso, jokių patologiškų reiškinių, būdingų tuberkuliozei, nerodė. Jo-

kių karkalų, jokio perkusijos garso duslumo nėsame radę. Taip pat ir anamnezė nedavė tuberkuliozei įtartinų duomenų: ligonis pats nesiskųsdavo ypatingai plaučiais, neliesėjo, šeimoje džiovos atsitikimų nebuvo.

Kitą rytą po įvykusio spontaniško pneumotorakso mūsų ligoniui padarėme plaučių rentgeno nuotrauką. Ligonio stovis buvo gana patenkinamas, todėl mes galėjome rizikuoti šitaip jį ištirti. Rentgeno nuotrauka mums buvo labai reikalinga, nes šiuo laiku negalima laikyti plaučių tyrimo pilnu, kai nepadaryta plaučių rentgenograma. Tat, ką mes galime matyti rentgeno nuotraukoje, mes kartais jokiu būdu negalime nustatyti kitomis tyrimo metodėmis. Galima būtų beveik sakyti, kad plaučių rentgenograma dažnai yra gyvojo žmogaus patologinė anatomija.



1. rentgenograma.
Kair. plaučių viršutinės skilties visiškas kolapsas dėl pneumotorakso.

Pateikiu čionai mūsų ligonio pirmąją rentgenogramą (žiūr. 1 atv.). Mes joje matome štai ką: Kairiųjų plaučių viršutinės skilties visiškas kolapsas; apatinė skiltis yra tiktai dalinai kolabuota del diafragminių suaugimų, kurie matomi nuotraukoje. Tarpšonkauliniai tarpai kairiojoje pusėje yra išsiplėtę. Lobus

inferior pulmon. sin. nėra patologiškai pakitęs; dešiniuosiuose plaučiuose taip pat nerandama ypatingų patologiškų reiškinių, kurie galėtų rodyti tuberkuliozę esant. Kairioji diafragma stovi žemiau normos. Širdies ribos normalios; mediastinum'as labai mažai pakrypęs į dešiniąją pusę, greičiausia, del suaugimų.

Bet mes dar nepasitenkinome šitais tyrimais tuberkuliozei atmesti. Mes ištyrėme ligonio skreplius, kurių, tiesa, pavyko gauti tiktai nedidelis kiekis. Mes tyrėme skreplius bakterioskopiškai ir biologiškai: Koch'o bacilų nustatyti nepavyko. Kiti netiesioginiai tuberkuliozės įrodymai taip pat pasirodė neigiami: Kraujosėdis pagal Westergreen'ą davė visai normalius skaičius, būtent: po 1 val. 2, po 2 val. 7 ir po 24 val. 26. Ligonio hemoglobinas — 90%.

Tuberkuliozės etiologija šituo pneumotorakso atsitikimu atkrinta, nes neradome jokių duomenų, kurie patvirtintų tokį galimumą.

2. Mums tenka del to ieškoti kitos ligos, kuri galėtų būti įvykusio pneumotorakso priežastimi. Pneumotoraksas gali įvykti dar ir kitose ligose, k. a., *plaučių absceso, plaučių gangrenos* ir *empyemos perforacijos plaučiuose atvejais.* Nereikės daug kalbėti norint įrodyti, kad mūsų ligonis panašiomis ligomis nėra sirgęs. Mes neturime jokių duomenų tokios rūšies ligų galimumui patvirtinti.

3. Gana retais atsitikimais *ulcus ventriculi arba stemplės opa* gali perforuotis į pleuros tuštimą. Kadangi mūsų ligonis niekada neturėjo nusiskundimų iš skilvio arba stemplės pusės, tai atkrinta ir šitas galimumas.

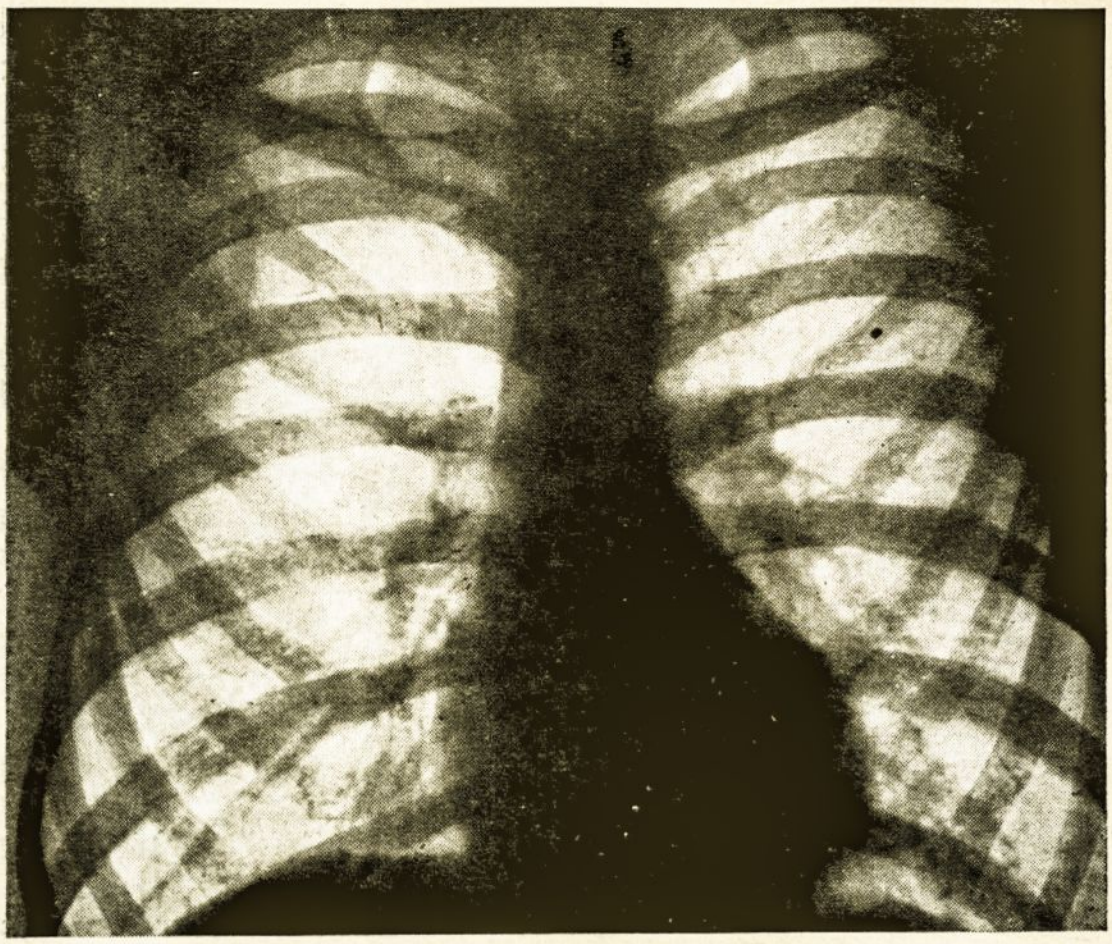
4. Mums lieka aiškinti šito ligonio pneumotorakso atsiradimas paprasta *trauma.* Stipri trauma gali sveikam žmogui duoti plaučių perforaciją, nėsant krūtinės sužeidimo. Smarkus įkvėpimas, susijęs su sunkiu fiziniu darbu, gali taip pat tokį įvykį sukelti. Yra aprašyta atsitikimų, kai sveikai moteriai pneumotoraksas staiga įvyko skalbinius beskalbiant, o vienam jaunuoliui — iriantis valtimi.

Specialiai mūsų ligoniui aš esu linkęs aiškinti pneumotorakso atsiradimą jo įgimtiniu mezenchiminės sistemos silpnumu. Ligonio varices ir ulcera cruris yra šitokio konstitucinio stovio požymis. Tokiame konstituciniame stovyje ir mažiausia trauma, kaip, pvz., kosėjimas arba kitoks torakso tuštimo spaudimo pakitimas, galėjo sužadinti pneumotoraksą.

Epilogas.

Spontaniškas pneumotoraksas yra gyvybei pavojingas įvykis. Jei spaudimas pleuros tuštime vis didėja, tai širdies ir kraujagyslių nustūmimas greit baigiasi mirtimi. Tenka

matyti ir atsitikimų, kai perforacijos vieta neužsidaro ir, nepaisant dažnų punkcijų, nuolat atsiranda slėgiamasis pneumotoraksas, kuris ilgainiui esti mirties priežastimi. Negaliu nurodyti įvykusių spontaniškų pneumotoraksų mirtingumo procento, bet reikia manyti, kad jis yra gana didelis.



2. rentgenograma.
To paties ligonio visiškai normali rentgenograma, nutraukta praėjus mėnesiui.

Mūsų ligonis turėjo laimės nelaimėje. Jo pneumotoraksas buvo uždaras. Oras greit įsisiurbė ir plaučiai atsitaisė. Praėjus mėnesiui plaučiai buvo visiškai susitvarkę, kaip kad rodo antroji rentgenograma (žiūr. 2 atv.). Komplikacijų, kaip antai, eksudato arba empyemos, kurie dažnai pasitaiko spontaniškojo pneumotorakso atveju, neįvyko.

KLEINE DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIK.

X. PNEUMOTHORAX.

Zusammenfassung.

An Hand eines Falles von spontanem Pneumothorax bei einem 26 jähr. Manne wird die Aethiologie des Pneumothorax untersucht. Da Tuberkulose bei diesem Patienten nicht nachgewiesen werden konnte, wurde, nach Behandlung anderer Möglichkeiten, traumatische Pneumothorax auf Grund einer konstitutionellen Mindewertigkeit des bindegewebigen Apparates festgestellt.

Prof. P. Avižonis.

V. D. Un=to Akių klinikos 1938 metų apyskaita.

Stacionariniame Akių klinikos skyriuje 1938 m. buvo ligonių:

vyrų 419; jų gulėta klinikoje 6.946 dienos;
moterų 397; „ „ „ 6.263 „

Iš viso buvo 816 ligonių, išgulėjusių klinikoje 13.209 dienas. Iš šito skaičiaus II klasėje gulėta 689 dienos ir III klasėje 12.520 dienų.

Turint galvoje, kad Akių klinika oficialiai yra 50 lovų, galima išvesti, kad ligonių gulėtųjų dienų skaičius sudarė iš viso 72,38% to skaičiaus, kuris būtų galėjęs susidaryti, jei klinika būtų buvusi kasdien pilna ligonių.

Vidutiniškai paėmus, kiekvienam ligoniui teko gulėti klinikoje 16,2 dienų; maximum buvo 108 dienos, minimum 2 dienos. Kasdien klinikoje būdavo vidutiniškai 36,2 ligonių, būtent, II klasės 1,9 ir III klasės 34,3 ligonių. Visų mažiausia ligonių būdavo rugpjūčio mėnesį — 23,6 ir visų daugiausia gegužės mėnesį — 44,0. Minimalinis ligonių skaičius buvo 14, maksimalinis — 50.

Smulkesnių duomenų galima matyti 1-oje lentelėje.

1 lentelė.

Mėnuo	Paguldyta		Paleista		Gulėta dienų		Vidutin. kasdien gulėta ligoniu
	II kl.	III kl.	II kl.	III kl.	II kl.	III kl.	
Liko iš 1937 m.	1	19	—	—	—	—	—
Sausis	3	65	2	44	25	1.098	36,2
Vasaris	3	70	2	78	61	1.158	43,5
Kovas	7	75	7	75	74	991	34,3
Balandis	2	59	2	60	46	804	28,3
Gegužis	7	78	7	70	136	1.230	44,0
Birželis	5	60	4	76	50	1.131	39,3
Liepos m.	—	50	2	54	12	886	29,0
Rugpjūtis	—	48	—	40	—	732	23,6
Rugsėjis	5	74	2	64	45	1.063	36,9
Spalis	2	55	3	66	62	1.171	29,8
Lapkritis	4	73	1	63	110	1.067	39,2
Gruodis	2	49	1	65	68	1.189	40,5
Iš viso: ..	41	775	33	755	689	12.520	36,2
	816		788		13.209		

Poliklinikoje gydėsi 6.464 ligoniai: 3.078 vyrai ir 3.386 moterys. Per metus visi jie apsilankė 23.139 kartus. Atmetus šventadienius, poliklinikoje lankydavosi kasdien 71,1 ligonis, jų skaičiuje 21,4 pirmakarčių.

Pajamų klinika turėjo: iš stacionarinių ligonių 72.441,50 lt., iš ambulatorinių ligonių 18.864,— lt., iš viso 91.305,50 lt. Priderėjo gauti 124.775,— lt. Skolos liko 33.469,50 lt.; tatai sudaro 36,66% priderėjusios gauti iš ligonių sumos. Iš pasilikusios senesniais metais ligonių skolos (108.070,— lt.) šiais metais grąžinta 29.467,50 lt., kitaip tariant, 27,27% visos skolos. Prie šitų metų pajamų reikia dar pridėti gauta iš personalo

suma už butą ir maistą (5.438,96 lt.) ir už turto likvidavimą (244 lt.); tuokart susidarys visa 1938 m. klinikos pajamų suma 126.455,96 lt. Ji yra žymiai didesnė, negu metais anksčiau.

Ligonių **skola** klinikai per šiuos metus padidėjo 4.002,— lt., iš 108.070,— lt. išaugo iki 112.072,— lt.

Smulkesni pajamų duomenys matyti iš 2-sios lentelės.

2 lentelė.

Klinikos pajamos.

Iš ko ir už ką	Biudžete buvo numatyta	Priderėjo gauti	Gauta	Liko skolos	Pajamų §-s
	Lt.	Lt.	Lt.	Lt.	
I. **Iš ligonių.**					
1) Stacionarinių:					
a) už gydymą ir išlaikymą ..	98.550,—	104.229,—	71.180,50	33.048,50	36—4
b) už operacijas	500,—	780,—	715,—	65,—	„ „
c) už fizik. gyd.	500,—	671,—	546,—	125,—	„ „
	99.550,—				
Numatyta gauti tik 60%	59.730,—				
2) Ambulatorinių:					
a) už apžiūrėjimą	8.000,—	12.810,—	12.626,—	184,—	„ „
b) už įvairius veiksmus	2.600,—	6.285,—	6.238,—	47,—	„ „
	70.340,—	124.775,—	91.305,50	33.469,50	„ „
II. **Iš personalo.**					
1) Už butą	3.000,—	1.784,02	1.784,02	—	38—5
2) už maistą	3.000,—	3.654,94	3.654,94	—	41—3c
III. **Iš turto likvidavimo.**					
1) Už maisto liekanas	244,—	244,—	244,—	—	38—6
Iš viso I+II+III	76.574,—	130.457,96	96.988,46	33.469,50	
IV. Iš senesnių metų skolininkų	19.000,—	108.070,—	29.467,50	78.602,50	
Iš viso pajamų:..	95.574,—	238.527,96	126.455,96	112.072,—	

Kaip iš 2-sios lentelės matyti, klinikos 1938 m. sąmatoje buvo numatyta gauti pajamų 95.574,— lt.; o iš tikro yra gauta 126.455,96 lt., vadinas, gautoji suma yra 30.881,96 lt. didesnė (30,09% viršaus).. Vienam ligoniui vienai dienai tenka 9,57 lt. pajamų, kone pusantro lito daugiau negu pernai.

Išlaidų klinika turėjo iš viso 161.319,84 lt. Vienam ligoniui vienai dienai išlaidų tenka 12,21 lt.

Palyginus klinikos pajams su išlaidomis, matyti, kad 1938 m. už kiekvieną ligonį, gulėjusį klinikoje, iždas gavo kasdien primokėti vidutiniškai po 2,64 lt.

Atmetus iš išlaidų tai, kas reikia specialiai studentams mokyti (profesoriui alga, mokslo priemonėms ir knygoms išlaidos), klinikos išlaidos beveik susilygina su pajamomis.

Smulkesni išlaidų duomenys bus matyti iš 3-sios lentelės.

3 lentelė.

Klinikos išlaidos.

§§ — str.	Išlaidų rūšis	Suma	1 ligoniui 1 dienai tenka
		lt.	lt.
1—	Algoms	87.819,22	6,65
2— 1 a	Raštinės reikmenims	175,—	0,01
2— 1 b	„ knygoms ir blankams spausdinti	275,—	0,02
2— 1 d	Informacijos spaudiniams įsigyti ..	28,—	0,002
2— 1 e	Paštui, telegrafui ir telefonui	354,60	0,03
2— 2 a	Kurui	9.962,50	0,75
2— 2 b	Šviesai	5.578,—	0,42
2— 2 c	Kanalizacijai, vandentiekiui ir sąšlavų išvežimui	2.495,10	0,19
2— 2 c	Švaros priežiūrai	4.300,—	0,33
2— 2 h	Gatvių grindimui	3.231,80	0,24
2— 2 h	Darželių ir šaligatvių priežiūrai ..	50,—	0,004
2— 2 l	Smulkioms ūkio išlaidoms	124,83	0,01
3— 1	Inventoriui	550,—	0,04
3— 3	Mokslo priemonėms	1.497,90	0,11
3— 4	Knygoms ir žurnalams	1.996,79	0,15
3— 5	Įrankiams ir aparatams	1.000,—	0,08
4— 1	Triobesiams laikyti ir taisyti	1.301,52	0,10
4— 2 a	Inventoriui taisyti	190,—	0,01
4— 2 c	Instrumentams ir aparatams taisyti	510,—	0,04
6— 1	Kelpinigiai	3,20	—
6—13	Reagentams	250,—	0,02
24— 1	Maistui	31.641,07	2,40
24— 2	Vaistams ir tyrimams	7.605,41	0,58
24— 3	Drabužiams ir skalbiniams	299,90	0,02
25— 2	Eksperimentiniams gyvuliams laikyti	80,—	0,006
	Iš viso:	161.319,84	12,21

Iš 3-čios lentelės matyti, kad visų didžiausiąją klinikos išlaidų dalį sudaro algų pozicija, būtent, iš viso 87.819,22 lt., arba vienam ligoniui vienai dienai vidutiniškai 6,65 lt. Kitaip tariant, algų išlaidoms tenka daugiau negu pusė visų klinikos išlaidų. Antrą stambią sumą sudaro maisto išlaidos, būtent, vienam ligoniui vienai dienai tenka vidutiniškai 2,40 lt.

Turto šiais metais Akių klinika įsigijo iš viso už 5.783,89 lt., būtent:

	Pirkta	Pasigaminta arba aukota	Iš viso
1) Ūkio inventoriaus	681,60	453,10	1.134,70
2) Mokslo „	2.485,90	—	2.485,90
3) Knygų ir žurnalų	1.996,79	166,50	2.163,29
Iš viso lt.	5.164,29	619,60	5.783,89

1938 metams baigiantis Akių klinikos judamojo turto vertė, atskaičius sudėvėtąjį ir sunaikintąjį turtą, buvo:

1) Ūkio inventoriaus	lt. 108.846,40
2) Mokslo „	lt. 115.160,69
3) Knygų ir žurnalų	lt. 87.735,63
Iš viso:	lt. 311.742,72

Palyginus su pernykščiais metais, per 1938 metus klinikos turtas padidėjo 4.022,58 lt.

Iš **medicinos** atžvilgio gulėjusių klinikoje ligonių suskirstymas matyti iš 4-sios lentelės.

4 lentelė.

Susirgimai	Buvo likę 1938.I.1.	Paguldyta	Paleista	Liko 1939.I.1.
Trachoma su jos komplikacijomis	6	143	143	6
Blennorrhoea	—	12	11	1
Kitokie konjunktyvitai	—	10	10	—
Ragenos ligos	—	105	102	3
Odenos ligos	—	3	3	—
Uogenos (uveos) ligos	2	61	61	2
Lęšiuko ligos	2	125	123	4
Stiklakūnio ligos	—	5	4	1
Glaucoma	—	51	50	1
Tinklainės ir optinio nervo ligos	1	50	46	5
Raumenų ligos	—	20	20	—
Vokų ligos	3	25	28	—
Ašarinio prietaiso ligos	2	54	56	—
Akiduobės ligos	—	11	11	—
Akies obuolio ligos:				
a) trauminės	4	98	99	3
b) kitokios	—	13	12	1
Tiriamieji	—	10	10	—
Iš viso:	20	796	789	27

Trachomos atsitikimų 1938 metais buvo: 450 vyrų (14,6% visų vyrų) ir 680 moterų (20,1% visų moterų), iš viso 1.130 atsitikimų (17,5% visų ligonių). Iš gulėjusių klinikoje ligonių buvo paguldyta del trachomos ir jos komplikacijų 149 ligoniai, arba 18,3% visų gulėjusių klinikoje ligonių (16,5% visų vyrų ir 19,7% visų moterų). Jei prie šitų skaičių

pridėsime atsitiktinai konstatuotą trachomą ligoniams, paguldytiems nespecialiai del trachomos, bet del kitokių ligų, tai gulėjusių klinikoje trachomotų ligonių procentas susidarys 22,6% (vyrų 20,3%, moterų 24,5%).

Aklų, nebepagydomai apakusių, buvo atvykę 16 vyrų ir 15 moterų, iš viso 31. Pirmoji aklumo priežasčių vieta tenka, kaip ir kitais metais, glaukomai (13); paskui eina traumos (5), keratitai (3) ir t. t.

Mirimų buvo 2 atsitikimai:

1) Lig. ist. Nr. 766. **G. P.,** vaikas 9½ mėnesio amžiaus. Paguldytas į kliniką XI. 30 d. Tik ką persirgęs tymais. Abiejų akių smarkus konjunktyvitas ir dešiniosios akies visuotinė ragenos nekrozė. Be to, klinikoje konstatuota dar otitis media bilateralis, bronchopneumonia lobi infer. sin., diarrhoea. Savaitę pasirgęs, vaikas mirė.

2) Lig. ist. Nr. 792. **V. M-tė,** 9 metų amžiaus. Paguldyta į kliniką XII. 11 d. Iš anamnezės patirta, kad prieš 2 dienas dešinioji akis paraudo, suputo ir akies obuolys išvirto iš akiduobės. Dvejetą dienų prieš tai buvęs tos akies miežys. Tiriant rasta — dešiniosios akies exophthalmus ir trombophlebitis orbitalis; antrą dieną atsirado reiškinių thrombosis sinus cavernosi ir meningitis purulenta haemorrhagica. XII. 14 d. vaikas mirė.

Operacijų padaryta 1.334; didesniųjų operacijų buvo 615.

Operacijų sąrašas:

Exenteratio orbitae 2. Orbitotomia modo Golovini 1. Plastica orbitae 3. Enucleatio bulbi 47. Evisceratio oculi 13. Diathermocoagulatio sclerae 19. Extractio cataractae 115. Discissio cataractae 10. Discissio cataractae secundariae 9. Extractio corporis alieni intraocularis 11. Iridectomia optica 11. Iridectomia glaucomatosa 13. Trepanatio sclerae (Elliot) 6. Cyclodialysis 27. Transfixio iridis 15. Neurectomia opticociliaris 1. Ablatio prolapsus iridis 27. Plastica conjunctivalis corneae 34. Operatio Denig 3. Staphylomotomia 1. Ablatio pterygii 5. Paracentesis corneae 8. Tatuatio leucomatis corneae 12. Galvanocausis ulceris corneae 34. Operatio strabismi 35. Exstirpatio sacci lacrimalis 50. Dacryocystorhinostomia 51. Discissio canaliculi lacrimalis 5. Blepharoplastica 5. Operatio contra ptosim 7. Diathermocoagulatio haemangiomatis palpebrae 1. Exstirpatio tumoris benigni et maligni palpebrae 9. Blepharorrhaphia 1. Operatio trichiasis et entropii 109. Electrolysis trichiasis 47. Incisio abscessi et phlegmonae 14. Sutura vulneris palpebrae 16. Sutura vulneris conjunctivae 26. Excochleatio chalazion 41. Biopsia 3. Eliminatio corporis alieni corneae 63. Expressio folliculorum trachomatis 434.

Klinikos vyresniojo medicinos personalo skaičiuje, be direktoriaus prof. P. Avižonio, buvo dar šie gydytojai: V. Avižonis, Z. Černiauskienė (iki XI. 15), L. Girniūtė-Dirdienė (nuo VI. 16), O. M. Juškevičiūtė, med. kand. V. Rutkauskas (iki VI. 15), med. kand. Pr. J. Bagdanavičius (nuo XII, 1).

Apie mokslinį medicinos personalo darbą paminėtina štai kas:

I. **Komandiruotės.**

Prof. P. Avižonis buvo komandiruotas į V-jį Pabaltijo Oftalmologų kongresą Tartu 1938 m. rugsėjo m. 3—4 d.

Gyd. V. Avižonis dalyvavo V-jame Pabaltijo Oftalmologų kongrese Tartu 1938 m. rugsėjo m. 3—4 d.

Gyd. O. Juškevičiūtė buvo 1938 m. rugpjūčio m. 26—27 d. Suomių-Baltų gydytojų kongrese Helsinkyje ir dalyvavo V-jame Pabaltijo Oftalmologų kongrese Tartu 1938 m. rugsėjo m. 3—4 d.

II. Pranešimai, paskaitos ir demonstravimai.

a) Prof. P. Avižonis:

1) V-me Pabaltijo Oftalmologų kongrese Tartuose 1938.IX. 3—4.
Pranešimas: Beskylio tinklainės atšokimo prognozė.
2) VI-me Lietuvos Akių Gydytojų Draugijos suvažiavime 1938.XII.4.
Pranešimas: Kaip reikėtų organizuoti kova su trachoma Lietuvoje.
Demonstravimai: Migraine ophtalmoplégique ir morbus Tay-Sachs atsitikimai.
3) Kauno Medicinos Dr-jos posėdyje 1938.II.4.
Pranešimas: Apie Estijos gydytojus ir jų organizacijas.
4) Akių klinikos gydytojų konferencijoje 1938.III.11.
Demonstravimas: Tumor cerebri su hemianopsia bitemporalis atsitikimas.

b) Gyd. V. Avižonis:

1) V-me Pabaltijo Oftalmologų kongrese Tartuose 1938.IX. 3—4 d.
Pranešimas: a) Capillaropathia retinalis.
b) Intraokularinių krislų lokalizacijos klausimu.
Demonstravimas: Ekstraokularinio krislo preparatas ir rentgenogramos.
2) VI-me Lietuvos Akių Gydytojų Draugijos suvažiavime 1938.XII. 4 d.
Pranešimas: Dacryocystorhinostomia dakriocistitų ir ašarotekio gydymui.
Demonstravimas: Užgijusi ruptura retinae be ablatio retinae; glioma orbitae et cerebri (preparatas); keratoconus žiūrint Javalio aparatu; tumor hypophysis atsitikimo rentgenogramos; ekstraokularinio krislo preparatas; intraokularinių krislų rentgenogramos.
3) Kauno Medicinos Draugijos posėdyje 1938.I.21 d.
Pranešimas: Įspūdžiai iš XV-jo tarptautinio oftalmologų kongreso, buvusio 1937.XII. 8—14 d. Kaire.
Demonstravimai: Simpatinės oftalmijos atsitikimas ir Rentgeno spindulių sukelti pakitimai akyse.
4) Akių klinikos gydytojų konferencijose 1938.II.11 d. ir 1938.III.11 d.
Demonstravimai: Cellulitis retrobulbaris; chorioiditis centralis; tumor chorioideae; microphthalmus; coloboma uveae; capillaropathia retinalis; trachoma incipiens unilateralis su Prowaczek'o kūneliais; rentgenogramos pagal Comberg'ą intraokularinių krislų nustatymui.

c) Gyd. O. M. Juškevičiūtė:

1) V Pabaltijo Oftalmologų kongrese Tartuose 1938.IX. 3—4 d.
Pranešimas: Exophthalmus pulsans, komplikuotas glaukoma.
2) VI-me Lietuvos Akių Gydytojų Dr-jos suvažiavime 1938.XII.4 d.
Pranešimas: Ciklodializės reikšmė glaukomos gydyme.
Demonstravimas: Sėkminga ablatio retinae operacija. Morbus Tay-Sachs.
3) Akių klinikos gydytojų konferencijose 1938.II.11 d. ir 1938.III.11 d.
Demonstravimas: Endophthalmitis metastatica; uveitis et neuritis luica, komplikuotas glaukoma; ablatio chorioideae post trepanationem sclerae (Elliot); keratoconjunctivitis scrophulosa, panašus į keratitis parenchymatosa.
4) Kauno Medicinos Dr-jos posėdyje 1938.I.21 d.
Demonstravimas: Penki sunkios trachomos atsitikimai.

d) Gyd. L. Girniūtė-Dirdienė:

1) VI-me Lietuvos Akių Gydytojų Dr-jos suvažiavime 1938.XII.4 d. **Demonstravimai:** Thrombosis a. centralis retinae; degeneratio maculae luteae cystica; lenticonus posterior; buphthalmus congenitus.

e) Med. kand. V. Rutkauskas:

1) Akių klinikos gydytojų konferencijose 1938.II.11 d. ir 1938.III.11 d. **Demonstravimai:** Ophthalmia sympathica; sunkios trachomos atsitikimas.

III. Spausdinti mokslo darbai.

a) Prof. P. Avižonis:

1) Apie Estijos gydytojus ir jų organizacijas. — „Medicina". 1938, Nr. 2, p. 150—156.
2) Kova su trachoma Vilniaus krašte. — „Medicina". 1938, Nr. 4, p. 291—301.
3) Stiklo krislo pašalinimas iš priešakinės kameros. — „Medicina". 1938, Nr. 4, p. 323—325.
4) V. D. Un-to Akių Klinikos 1937 m. apyskaita. — „Medicina". 1938, Nr. 6, p. 505—511.

b) Gyd. V. Avižonis:

1) R. Denig'o operacija akių išplikymo atveju. — „Medicina". 1938. Nr. 4, p. 309—316.
2) Myokampterio pritaikymas žvairumui gydyti. — „Medicina". 1938, Nr. 4, p. 316—322.
3) V-sis Lietuvos Akių Gydytojų Draugijos suvažiavimas, buvęs 1937. XI.20 d. V. D. U-to Akių Klinikoje. — „Medicina". 1938, Nr. 4, p. 331—348.
4) Iš XV tarptautinio oftalmologinio kongreso Kaire 1937.XII.8—14 d. — „Medicina". 1938, Nr. 4, p. 262—271.
5) Mano komandiruotė į XV Tarptautinį Oftalmologijos kongresą Kaire 1937 m. — „V. D. Universiteto Žinios". 1938, Nr. 1—2, p. 14—18.

c) Gyd. O. Juškevičiūtė:

1) Akių vaccinola. — „Medicina". 1938. Nr. 4, p. 301—309.

Be to, prof. P. Avižonis, gyd. V. Avižonis ir gyd. O. Juškevičiūtė yra pateikę po kelis referatus „Medicinai" ir dar, be to, prof. P. Avižonis redagavo „Acta Medicinae Facultatis Vytauti Magni Universitatis".

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

30. T. Vogt (Erlangenas): **Zur Histidin-Behandlung gastroduodenaler Ulcera.** (Apie gastroduodeninių opų gydymą histidin'u). (Disertacija. Erlangen. 1936).

Gydymo larostidin'u efektas nustatytas 75-iais opos atsitikimais. Larostidin'as visais šitais atsitikimais sustiprindavęs skrandžio gleivinės rūgščių ir gleivingų syvų išsiskyrimą. Šitas larostidin'o veikimas pasi-

reikšdavęs ir karcinomos atveju. Visais anaciditas atvejais, kur dar būdavę randama syvuose pepsino pėdsakų, kai net nebuvę gauta reakcijos po mėginamojo gėrimo su coffein'u, išvirkštus larostidin'o, po 10—20 min. po injekcijos atsirasdavęs laisvas rūgštingumas. Tuo būdu gleivinės, nustojusios veikusios del patologiško proceso, šitų vaistų dėka būdavusios paskatinamos pareikšti stiprų sekrecinį veikimą. Šitie duomenys paskatinę autorių skrandžio veikimui išmėginti paprastai vartojamą histamin'ą (imido) „Roche", pakeičiant larostidin'o injekcijomis, nesukeliančiomis pašalinių reiškinių. Įtaka skrandžio veiklumui pasireikšdavusi jau po 10—15 min. ir pasiekdavusi aukščiausio taško praėjus 40—60 min. po injekcijos. 25-ių atsitikimų stebėjimai parodę, kad ilgalaikis (per keletą savaičių) larostidin'o davimas labai retai sukeldavęs ilgesnius rūgštingumo kreivės pakitimus. 21-am ligoniui sekrecijos padėtis praktiškai nepakitusi; trims hiperacidikams buvęs stebimas palinkimas rūgšties skrandyje susidarymui mažėti. Anacidikams, praėjus 14 dienų nuo larostidin'o injekcijų pradžios, atsirasdavę normalūs skrandžio syvai. Tuo būdu anaciditas esą galima pakeisti normaliais skrandžio syvais. Pepsino išsiskyrimo ir skrandžio judamumo pakitimo nebuvę stebėta. Histamino įtakos visam organizmui nebuvę, del ko larostidin'as buvę galima duoti ir mėnesinių metu. Kraujo šarmingumo atsarga (Alkaliereserve) larostidin'o įtakoje keisdavusis šarmingumo kryptimi. Kliniški stebėjimai buvę atlikti su 25 ambulatoriniais ir 50 stacionarinių ligonių. Paprastai buvę švirkščiama po 5 ccm larostidin'o pro die; hiperaciditikams ir normaciditikams iš ryto po pusryčių arba vakare prieš vakarienę po to stebimam palinkimui į miegą išnaudoti. Subaciditikams arba anaciditikams larostidin'as buvęs švirkščiamas už 40—60 min. prieš valgį, paprastai prieš pietus. Geriausias veikimas pasireikšdavęs, kai larostidin'as kasdien buvęs švirkščiamas. Atsitikimais, kai sėkmingumas baigus klinišką gydymą buvęs teigiamas, praėjus kuriam laikui, deja, atsirasdavę nedidelio negalavimo reiškinių. Per savaitę atliktos larostidin'o po 10 ccm injekcijos pašalindavusios recidyvo galimumą. Autorius protarpiais nuo 6 iki 8 savaičių ir daugiau mėginęs šalinti kartotinius apetito sutrikimus švirkšdamas 2—3 kartus per savaitę po 5 ccm larostidino ir tuo būdu galėjęs įspėti besiartinantį opos recidyvą. Teisingam gydymui larostidin'u pakakdavę 18 injekcijų. Skausmai pašalinti pavykdavę $^4/_5$ atsitikimų. Šitas veikimas ne analgezinio pobūdžio, gal būt, panašus į spazmolytišką, šiaip ar taip laipsniškas. Veikimo ilgumas daugiau kaip pusantrų metų keliąs mintį apie priežastinį pobūdį. Skausmai pranykdavę paprastai, jei ne tuojau larostidin'o injekavus, tai praėjus 3—6 dienoms.

Stacionariniais atsitikimais sėkmingumas buvęs: 68% labai geras, 16% geras, 4% abejotinas, 12% neigiamas. Ambulatoriniams ligoniams: 52% labai geras, 12% geras, 16% abejotinas ir 20% neigiamas. Ilgalaikiai padariniai stacionariniams ligoniams: 38% labai geri, 32% geri, 6% abejotini ir 24% neigiami. *T. Goldbergas.*

31. F. Fröhlich (Hanoveris): **Gydymas epideminio meningito albucid'u.** (Die Behandlung der epidemischen Meningitis mit Albucid) („Münch. med. Wschr." 1939, 43 nr.).

Aprašyti 23 epideminio meningito atsitikimai, gydyti albucid'u. Sulfanilamid'as buvęs vartojamas anglų klinicistų meningitams gydyti su gerais rezultatais. Vokietijoje mėginimai gydyti pūlinius meningitus prontosiliu taip pat gerai pavykę. Albucid'as (para-amino-benzolsulfanilamid, Schering'o firmos A.-G. Berlyne) buvęs duodamas 7 dienas tik per os 3 kartus po 2 tabletes kasdien, vėliau intra venam 2 kartu po 5 ccm. 30% albucid'o skiedinio. Visais atsitikimais sykiu buvęs duodamas meningokokinis serumas po 40—60 ccm. į raumenis. Vienu sunkiu atsitikimu albucid'o intraveninės injekcijos buvusios daromos sykiu su hipotoninio druskos skiedinio infuzija. Pirmomis dienomis buvusios daromos

kasdien liumbalinės arba okcipitalinės punkcijos. Iš 23 tuo būdu gydytų ligonių mirę 7 (30%); iš jų 6 buvę kūdikiai ir maži vaikai, jaunesni kaip dvejų metų. Aukštas kūdikių mirtingumas nuo epideminio meningito pareinąs nuo greito uždegimo perėjimo į skilvelius ir smegenis. Atrodo, kad ir kūdikiams gydymas albucid'u padedąs; skiriant pakankamai aukštas dozes. Buvę duodama apie 3—5 gr. per os.

Sulyginimui imami kiti 23 epideminio meningito atsitikimai, kurie anksčiau buvę gydyti tiktai serumu; iš jų mirę 12 (52%), jų tarpe buvę 6 kūdikai ir maži vaikai, jaunesni kaip 2 metų. Norint sulyginti gydomąjį veikimą, buvo apskaičiuotas vidutinis gydymo ilgumas albucid'u ir be jo. Vartojant albucid'ą, karščio kritimas buvęs pasiektas per 5 dienas, o atsitikimais, kur buvęs vartojamas tik serumas, karštis krisdavęs vidutiniškai po 30 dienų. Buvę pastebėta, kad albucid'as neduodąs pagerėjimo lengvo pomeningitinio smegeninių plėvelių sujaudinimo su mažu celių padidėjimu (100/3) atvejais.

Tiriant albucid'o kiekį liquor'e, nebuvę galima nustatyti, kad aukštas albucid'o kiekis liquor'e padidinąs jo gydomąjį veikimą.

Be šitų, dar 3 pūlinių meningitų atsitikimai su kitokia etiologija buvę gydyti albucid'u su gerais rezultatais.

Iš neurologiškų sužalojimų vienu atsitikimu buvęs centrinės kilmės kurtumas. Kitais pasveikimo atsitikimais ligoniai pasveikę ad integrum. Žalingo albucid'o veikimo nebuvę konstatuota nė vienu atsitikimu parenchiminiams organams (kepenims, inkstams), nė centrinei nervų sistemai.

Išvada: Kombinuotas meningito gydymas albucid'u žymiai pagreitinąs pasveikimą ir t-ros kritimą. *V. Tercijonas.*

VAIKŲ LIGOS.

30. Hoffmann: **Miliartuberkulose und Konstitution.** („Mschr. Kinderheilk.". 1939 m. 79 t., 176 p.).

Džiovos prognozė nustatyti ypatingai esą sunku. Miliarinė tuberkuliozė, kuri, manoma, duodanti beveik beviltišką prognozę, kartais sustojanti, imanti gyti ir pagyjanti. Bacilų virulencija, superinfekcijų dažnumas, organizmo imunobiologinis stovis dar nepaaiškiną tbc. eigos.

Klare išskiriąs vadinamą jaudriąją konstituciją (reizbare Konstitution), kuri pasireiškianti odos, gleivinių, lymfinių organų padidėjusiu jaudrumu, palinkimu į banalinius infektus ir sukarščiavimus be matomos priežasties, taip pat vazomotorinius sutrikimus, urtikariją, astmą ir pan. Šitos, dar kitaip vadinamos eksudacinės lymfinės, konstitucijos vaikai būną šviesiaplaukiai, mėlynakiai, švelnios odos, jie rodą ryškų dermografizmą. Jų tonsilės ir adenoidai būną padidėję, jie dažnai sergą anginomis. Šito tipo vaikai esą prieš tbc. palyginti atsparesni ir sergą lengviau.

Autorius pateikia tris dviejų brolių ir trečio vaiko tbc. miliaris istorijas. Abudu broliai po poros metų kliniškai ir rentgenologiškai (teikiamos gražios r-gramos) sugiję; trečias vaikas, turėjęs meningų uždegimo reiškinius, miręs, nors iš pradžių jo susirgimo prognozė ir atrodžiusi lengvesnė.

Abu sugiję broliai buvę kaip tik jaudriosios konstitucijos ir pagal anamnezę ir pagal objektyvius tyrimo duomenis. Trečiasis vaikas buvęs rudaplaukis, rudaakis ir jo tonsilės nebuvusios padidėjusios, pharynx buvęs lygus, lymf. liaukos nepadidėjusios, jis nesirgęs anginomis, neperšaldavęs, taigi, nepriklausęs Klare's jaudriajai kontitucijai.

P. Baublys.

31. Goeters: **Die Pathogenese des Acetonerbrechens.** („Mschr. Kinderheilk.". 1939 m. 79 t. 176 p.).

Acetoneminis vėmimas nėsąs nekaltas susirgimas, nes kartais galįs baigtis ir letaliai.

Ligos etiologijai išaiškinti esą daug teorijų. Wolff nurodąs, kad infektas ir karštis sudarą kraujotakos šoką, sumažiną žarnų rezorbciją ir sutrikdą angliavandenių apykaitą. Kiti mirties priežastį matą didelėje organizmo eksikozėje.

Bessau galvojąs apie encefalitinius pakitimus, kaip apie mirties priežastį. Ketonemija ir vėmimas, jo nuomone, esą pirminio nervų centrinės sistemos susirgimo išdava. Manoma, kad del centrinių impulsų iš antinksčių išmetamas adrenalinas, kuris varąs iš kepenų glikogeną, pagaliau ištuštindamas jo atsargą. Taip pat turįs įtakos ir hypophysis'o priekinės dalies hormonas. Kad ir žarnų rezorbcija sutrinkanti, rodąs didelis (1,8%) kiekis cukraus skystose išmatose prieš mirtį nuo acetoneminio vėmimo. *P. Baublys.*

32. H. König: **Über Stillfähigkeit.** („Münch. med. Wschr." 1939 m. I. 497 p.).

Autorius surinkęs statistiką apie žindymo galimumą per 10 dienų nuo gimdymo. Neįskaitęs dvynių, per anksti gimusių ir mažesnių, kaip 48 cm naujagimių.

Iš 1934—1938 m. klinikoje gimdžiusių 3.950 moterų visiškai galėjusios žindyti 66,4%, $^2/_3$ reikalingo pieno davusios 22,11%, $^1/_3$ reikalingo pieno davusios 7,22%, visai nežindžiusios 4,27%.

Privačioje ligoninėje tarp 377 gimdžiusių galėjusių žindyti buvo dar mažiau — 42,7%, 36,9% ir 18%. Gal tat parėję nuo senesnio amžiaus, jautresnės nervų sistemos, taip pat prastesnio socialiai geriau stovinčių moterų pieningumo paveldėjimo.

Komplikuoti gimdymai (atonijos, replės, sekcijos) irgi pogimdyminiai susirgimai (endometritis, mastitis, pyelitis) taip pat trukdą normalią pieno produkciją. Ypač pirmakarčių amžius mažinąs galėjimą žindyti. Iš 2.820 nekomplikuotų sąvaiminių gimdymų 75% motinų visiškai galėjusios žindyti. Visais atvejais svarbus ypač rūpestingas slaugomojo personalo dėmesys pieno produkcijai palaikyti. *P. Baublys.*

33. A. Peiper: **„Tierische Hypnose" am menschlichen Kinde.** („Dtsch. med. Wschr." 1939 m. I. 559 p.).

„Gyvulinei hipnozei" reikalingas tik fiziologinis jaudiklis, kuris išjungiąs iš sąmonės srities kai kuriuos vyksmus. „Žmonių hipnozei" esąs būdingas santykis tarp hipnotizuotojo ir hipnozuojamojo. Pavlov nurodąs, kad miego ir hipnozės pagrinde esąs tas pats vidinis centrų slopinimas (stabdymas). Völgyesi toliau ištyręs, kad hipnozėje laipsniais išsijungiančios įvairios smegenų sritys pagal filogenezinio amžiaus tvarką. Iš pradžių nuslopinami filo- ir ontogeneziškai jaunesni, o lieką nenuslopinti senesni primityvūs centrai. Naujagimio aukštesnieji smegenų centrai — didžiųjų smegenų pluta dar neveikianti; jis galįs būti hipnozuojamas tik „gyvuline" hipnoze. Tik 6—7 metų vaikas galįs būti hipnozuojamas kaip suaugęs. Paukštis galima užmigdyti supant. Kūdikio supimas taip pat esąs hipnozė. Pirmaisiais mėnesiais kiekvienas kūdikis supamas nurimstąs, vėliau užsupti galįs tik pažįstamas asmuo, dar vėliau tik motina. Gyvulinė hipnozė galima taip išmėginti su kūdikiu: reikią kūdikis apsukti rankomis per galvą iš nugaros padėties į kniūpščią — jis nurims ir neberėks. Kartais pakanką trumpo garsaus užbarimo. Mažiau judrūs ir nejautrūs vaikai labiau linkę hipnozei. *P. Baublys.*

34. K. Ehrhardt: **Der trinkende und atmende Fetus.** („Zbl. Khlk." 36 t. 12 sąs. 1939 m.).

Ruošiantis nutraukti nėštumą prieš 15 val. per pilvo sienelę ir gimtuvę į vaisiaus pūslę išvirkšta 8 ccm. toratrast'o. Kitą dieną per sectio-

nem išimtas vaisius su pūsle. Rentgeno nuotraukoje torium atrastas vaisiaus žarnyne ir jo pėdsakai plaučiuose. Taigi, per 15 val. vaisius išgėręs tiek amnion'o skysčių, kad didelė torium'o dalis patekusi į žarnyną. Atrodą, kad išgerti turėjęs net kelis kartus daugiau, negu vienu kartu pūslėje telpa, kad skystimo torium'as visas patektų į vidų. Gal ir vaisiaus maitinimasis vykstąs ne tik per placentą, bet ir per vaisiaus vandenis ir žarnyną. Į plaučius torium'as galėjęs pakliūti vaisiui darant kvėpavimo judesius. *P. Baublys.*

UROLOGIJA.

19 R. Frühwald (Chemnicas): **Zur Enstehung d. Epididymitis im Anschluss an ein Trauma.** (Potrauminio epididimito etiologijos klausimu). („Z. Urol." 1939 m. X.).

Epididimito atsiradimas po genitalinių organų traumos visiems gerai žinomas; ginčytinas tiktai vaidmuo, kurį vaidina trauma šitais atvejais. Ar pati trauma gali sukelti tikrąjį priedėlio uždegiminį procesą, ar ji yra tiktai skatinamuoju momentu?

Autorius pateikia 9 potrauminio epididimito atsitikimus nesant gonorėjai, smulkiai jo ištirtus, tame skaičiuje ir rentgenologiškai. Visais šitais atsitikimais uretrografuojant, prostatoje buvę rasta dryžiuotų ar apskritų šešėlių. Pasak autoriaus, labai prityrusio šituose tyrimuose, šitie šešėliai esą ne kas kita, kaip išsiplėtę paprasti takai; apskriti gi šešėliai — tuštimai (abscesai). Šitie rentgenologiški pakitimai rodą, kad šitų asmenų prostatoje buvę chroniški procesai, davę pradžią potrauminiams epididimitams, nepaisant to, kad ligi tol nebuvę jokių subjektyvių reiškinių. Mes žinome, kad chroniško uždegiminio proceso prostatoje atveju esama takų išsiplėtimo, sienelių rigidiškumo ir išeinamosios angos išsiskėtimo. Tuo būdu ir aiškinami rentgeno duomenys. *T. Goldbergas.*

20. O'Conor and Dykhuizen (Čikago): **Stone in the Lower Portion of the Ureter.** (Akmuo ureterio apatinėje dalyje) („Wisconsin Med. J." 1938. VIII.).

Autoriai aprašo 192 ureterinių akmenų atsitikimų diagnostiką ir gydymą. Paskutiniais 10-čia atsitikimų autoriai darę kystoskopiją, ureterio meatotomiją elektrinio pjūvio pagelba ir, be to, įvesdavę į ureterį kateterį à demeure, kuris buvęs paliekamas 12-ai valandų. Jeigu akmuo tučtuojau neišeidavo, tai kas 4 valandos švirkšdavę po 1 ccm prostigmino, iš viso iki 4 kartų. Dėka tam sustiprėjusi žarnų ir ureterio peristaltika. 5-iais atsitikimais savaimingai išeidavę dideli akmenys per 24 val. Pašalinių reiškinių del prostigmino švirkštimų nebuvę stebėta. Autoriai šitą gydymo būdą pavartoję sekdami Hager'o patarimais, vengdami prostigmino davimo astmatikams ir seniems žmonėms. Be to, prostigminą jie švirkšdavę tiktai tuomet, kai ureteris žemiau akmens buvo pakankamai išsiplėtęs. *T. Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

22. Mikulicz-Radecki: **Endometriosen ausserhalb der Geschlechtsorgane.** („Münch. Med. Woch." 1939 m. 25 nr.).

Endometriozės tikslus pažinimas ir tinkamas gydymas esąs pasiektas tik per paskutinius 20 metų. Endometrioze sergančios lytiškai subrendusios moterys, dažniausiai 30—45 mt. amžiaus. Mikroskopiškai tiriant endometriozines mases, pastebimos liaukos ir jas supanti stroma. Liaukų struktūra primenanti uterus'o gleivinės struktūrą. Kartais esą randamos cystiškos, išplėstos liaukos be stromos arba labai daug jungiamojo audinio ir muskulatūros, kas sudarą didelius mazgus. Tada endometriozė esanti palaikoma adenoma, adenomyoma, adenofibroma ir kt. Tačiau kliniškai visos išaugos, turinčios endometrium'o gleivinę su ciklišk ais pakitimais, skirtinos prie endometriozės.

Endometriozės išaugos esančios ovarium'o hormonų įtakoje. Čia galima esą pastebėti proliferacijos, sekrecijos, menstruacijos stadijos. Šitos fazės sekančios uterus'o gleivinės fazes. Atėjus senatviškai menopauzei, nustojanti augti ir endometriozė.

Esant endometriozei jaučiami skausmai, tempimas. Šitie nusiskundimai paūmėją prieš mėnesines, jų buvimo metu ir tučtuojau po jų.

Endometriozė auganti uterus'e, gimtuvės kaklelyje, tubose, kiaušeliuose, vaginoje ir kituose mažojo dubens organuose; dažnai siekianti iki umbilicus. Bet ji taip pat esanti pastebima in colo transverso, plaučiuose ir net viršutinėse galūnėse.

Sampson mano, kad endometriozė vystantisi implantacijos būdu. Jis sako, kad mėnesinių metu atšokę uterus'o gleivinės gabalai per tubas gali pasiekti cavum paitonei ir ten implantuotis. Tačiau Kuber ir Philipp įrodinėją, kad implantacija vykstanti ne mėnesinių metu, bet anksčiau.

Mėnesinių metu esanti silpna uterus'o gleivinės augimo potencija. Geriausias implantacijai laikas esanti ovuliacija. Tada vykstančios stipriausios tubų kontrakcijos, ir atšokę uterus'o gleivinės gabalai pro tubas gali pasiekti cavum peritonei. Taip pat esą galimumo uterus'o gleivinei per continuitatem įaugti į uterus'o muskulatūrą, o iš čia į gretimus organus. Tokiam endometriozės išsivystymui duodą pradžią operatyviniai veiksmai, kaip antai, kiuretažas, gimdos kaklelio plėtimas ir sienų įdrėskimo, jo perkirpimas, uterus'o fiksavimas prie pilvo sienos ir vaginos. Panašiu būdu endometriozė galinti atsirasti ir pooperaciniuose randuose.

Tolimesnėse srityse endometriozė tarpstanti kraujo ir lymfos indų pagelba.

Autorius per 7-nerius metus Karaliaučiaus moterų klinikoje užtikęs 88 endometriozės atsitikimus, t. y. 4% visų operuotų ligonių. Dažniausiai pasitaikiusi uterus'o kiaušinėlių ir tubų endometriozė.

Šlapiminės pūslės endometriozė pastebima jos užpakalinėje sienelėje. Šlapiminės pūslės endometriozinės cystos menstruacijų metu būnančios aiškesnės, negu intervalo metu. Cystos padidėjančios mėnesinių metu del į jas įsiliejusio kraujo. Dažnai mėnesinių metu su šlapimais tekąs kraujas. Endometriosis recto-uterina vaizdas esąs panašus į carcinoma recti. Tik čia mėnesinių metu būnąs kraujavimas iš rectum'o ir žymiai padidėję spaudimas, skausmas, dūrimas strėnose ir obstipacija. Žarnų endometriozę atidengę amerikiečiai. Ji dažniausiai lokalizuojantisi laibosiose žarnose. Appendix'o endometriozė beveik visuomet esanti palaikoma per chroniską uždegimą. Esant bambos endometriozei, bamba pamėlynuojanti, menstruacijų metu atsirandą skausmas, tempimas, galįs ištekėti kraujas arba tamsios spalvos skystis. Palpuojant jaučiamas aprėžtas auglys.

Ovarium'o endometriozė būnanti ekstirpavus arba amputavus uterus'ą.

Nėštumo metu į stiprią hormonų produkciją endometriozė galinti labai įvairiai reaguoti; kartais sumažėjanti, kartais paliekanti tokia, kokia buvusi, o kartais labai padidėjanti. Esą atsitikimų, kur endometriosis recto-uterina metu del jo žymaus išaugimo nėštumo metu, kūdikis tik sectio caesarea pagelba buvęs pagimdytas. Esą žinomi 5 atsitikimai, kur endometriozė perėjusi į karcinomą.

Endometriozė gydoma operatyviškai ir rentgeno spindulių švitinimu. Rentgenu sukeliamas kastracijos stovis. *J. Stankaitis.*

ODOS IR VENEROS LIGOS.

10. Doc. dr. H. O. Loos. **Zur Frage der Chemotherapie der Gonorrhoea mit Albucid.** (Gonorėjos gydymo su albucidu klausimu). („Derm. Wschr." 1939 m. 18 nr.).

Prieš pusantrų metų Damagk, suradęs sulfamido preparatą uli-

roną, pirmą kartą apvainikavo apčiuopiamomis gonorėjos gydymo per os pasėkomis, kurių vertę patvirtino kliniški stebėjimai. Tobulindami antigonorejinius chemoterapeutica Dorn ir Diedrich surado naują sulfonamido preparatą albucidą (A), kuris, pasak jų, būdamas organizmui labai mažai nuodingas, turįs išvystyti didelį antigonorėjinį veikimą. A. sudaro nevisai žinomas acetilinis sulfamidinės rūgšties produktas, kuris iš organizmo išskiriamas kaip paraacetylaminobenzolsulfonamidas. Kokią reikšmę turi A-preparatas gonorėjos chemoterapijoje, matoma iš Dorn'o, Diedrich'o ir Nagell'io gydymo duomenų.

Pirmieji du gydę 101, Nagell — 200 ligonių ir gavę 91—93% pagijimų, jie pastebi gerą ligonių toleranciją albucidui. Doc. Loos gydęs 60 ligonių. Pasirėmę uliron'o terapijoje pritaikomu dozavimu, Dorn ir Diedrich nustatę 3 tabl. A. po 0,5 3 kartus per dieną, iš viso 63 tabl. Jei reikia, po 1 savaitės duodamas 2 kursas. Doc. Loos skiria 2 tabl. 3 kartus per dieną, iš viso per 3 dienas 18 tabl. Tik atkaklesniais atvejais skiriąs 3 tabl.×3 k. per dieną, iš viso per 4 dienas 36 tabl.

Po 5—7 dienų pertraukos beveik pas visus pacientus gonokokų nerasta. Trečias kursas panaudotinas tik išimtiniais atsitikimais. Jis gavęs 81,6% pasveikimų.

Autorius pateikia šią gydymo duomenų lentelę:

Ligonių	Atsitikimų	Išgijimų	Vidutiniškai gydyta dienų	Vidutinis davinys tabl.	Gonokokų neigam. po	
					1-o kurso	2-o kurso
Vyrų . .	43	36(81,7%)	26	28	28(65,1%)	8(18,6%)
Moterų .	17	13(81,4%)	30	34	10(58,8%)	3(17,6%)
Iš viso .	60	49(81,6%)	28	31	38(63,3%)	11(18,3%)

Skirtumas tarp Nagell'io ir autoriaus gautų pasveikimų % esąs del to, kad pastarasis naudojęs mažesnes dozes, pašalinio veikimo išvengimo dėliai. Vyrams geriausių gydymo rezultatų gaunama gydant urethritis gon. ant., blogesnių esant posteriitui ir atsiradus kitoms gon. komplikacijoms. Tarp ūminės ir chroniškos gonorėjos A. terapijos veikime aiškaus skirtumo nepastebėta. Gydymo laikas vidutiniškai 26 dienos.

Moterų gon. Iš 17 ligonių pasveiko 3 po 1-o kurso, 10 — po 2-o kurso ir 4 — po 3-io kurso. Gydyta vidutinišškai 34 dienas. Apie A. veikimą moterų gon. komplikacijoms patyrimas dar esąs mažas. Arthritis gon. gydytas tik 1 atsitikimu. Po 1-o albucido kurso alkūnės sąnarys likęs neskausmingas.

Nėščių moterų albucidas toleruojamas gerai. Kartu su albucidu lokaliai buvę gydyta silpnu sol. kalii hypermanganici.

Gydant albucidu vietinis gydymas sidabro preparatais neturįs jokios reikšmės.

Pabaigoje gydymo esą patartina daryti uretroskopija ir, suradus abscesėlių, kauterizuotina.

Pasak Nagell'io, albucidą ligoniai toleruoją gerai; lengvi toksiniai reiškiniai gaunami tik retais atsitikimais.

Gi dr. Loos duodąs vidutiniškai 18 tabl. kursui. Iš 60 gydytų ligonių 5-iems stebėjęs albucido toksinių reiškinių, k. a.: dermografizmą, blogumą, vėmimą. Iš jų 1-am ligoniui pakilęs karštis ir atsiradęs subicterus.

Santrauka.

1. Albucido terapija pravedama kursais. Skiriamos 2 tabl. × 3 k. per dieną, iš viso per 3 dienas 18 tabl. Kursų skaičius vidutiniškai 2, retai — 3. Tarpkursinė pertrauka 7 dienos.

2. Iš 60 gydytų ligonių 49 (81,6%) po provokacijos ir 1 savaitės stebėjimo neturėję jokių ligos reiškinių.

3. Iš 43 vyrų 36 (83,7%) buvę išgydyti vidutiniškai nuo 28 tabl. per 26 dienas (gnk. neig.). 28 ligoniams (65,1%) gnk. neig. po 1 kurso, 8 (18,6%) — po 2 kurso. Aiškaus skirtumo tarp gon. ac. ir gon. chron. gydymo pasėkose nestebėta. Visai staigūs susirgimai esą tikslu gydyti 7—10 dienas lokaliai sol. kalii hypermanganici.

4. Iš 17 moterų, išgydytų vidutiniškai nuo 34 tabl. per 30 dienų, 10 (58,8%) pagiję po 1-o kurso, 3 (17,6%) — po 2-o kurso.

5. Įvedus albucidą, gydymo laikas sutrumpėjęs vidutiniškai 17 dienų.

6. Kartu su albucidu vartojimas vakcinų ir sidabro preparatų skiedinių neturįs reikšmės.

7. Gydant albucidu kartais pasitaiką intoksikacijos reiškinių.

Gyd. A. Gulbinas.

11. Keller, Ph.: **Die Röntgenbehandlung in der Dermatologie.** (Rentgeno terapija rentgenologijoje). („Derm. Wschr." 1939 m. 9 nr. 108 t.).

Taikant rentgenoterapiją, reikalinga atsižvelgti į tai, kad — 1) daugeliu atvejų negalima gauti galutinio išgydymo ir 2) galima gauti nudeginimų. Nudeginimai pareiną nuo perdozavimo ir nuo organizmo individualaus jautrumo.

Pasak Sabouraud'o, aukščiausia vienkartinė švitinimo dozė taikoma iki eritemai atsirandant. Juo minkštesni spinduliai, tuo greičiau gaunama erythema. Po 0,6 mm. Al. HWS. eritemos dozė esanti prie 450 r. Didinant fokuso nuotolį iki eriteminės dozės švitinimo laikas didėja. Pasirėmus dėsniu, kad, juo minkštesni spinduliai, tuo greičiau gaunama sužalojimo pasėkų, dermatologijoje eriteminė dozė dalinama ir švitinama su pertraukomis.

Spindulių kumuliacijai išvengti tarp atskirų švitinimų turinčios būti atitinkamai ilgos pertraukos. Neprisilaikant šito dėsnio, sužalojimai rentgenu gaunami kartotinai švitinant psoriasis, neurodermitis, ekzemas ir kt.

Holtemsen susekė, kad telengiaktezijos atsirandančios po atskirų švitinimų sumos į vieną vietą 2.500—5.000 r. Pasak Tachan'o, ekzemai gydyti skiriama po 0,5 mm. Al., žinduoliams 30 r., vaikams daugiau kaip 3 metų — 50 r. ir daugiau kaip 7 metų — 80 r. Jei neveikia, švitinimas nutrauktinas. Psoriasis švitinamas atskiromis dozėmis po 200—300 r. Akne vulgaris atkakliais atsitikimais rentgeno švitinimas esąs naudingas nevisuomet; skiriama 100—150 r. kartu su bendru gydymu. Akne rosacea švitinta atskiromis dozėmis 50—80 r. kartu su vietiniu gydymu. Švitinant veidą ir duodant apie 350 r., saugotinos akys nuo sužalojimo. Darant galvos plaukų epiliaciją rentgenu, be galvos odos sužalojimo, esą galima gauti ir susilpnėjęs protinis išsivystymas. Todėl vengtina kietų spindulių.

Švitinant spinalinius ganglijus, po 1—1,5 mm. Al. HWS vengtina didelių laukų susikirtimų. Furunculosis atveju vartojamas dirginamasis gydymas 25—200 r. Granuloma thelengiectaticum — 700—900 r. Rentgeno terapija lupus'ui esanti apibrėžta.

Karcinomoms gydyti vis dažniau taikomas frakcioninis švitinimas po 50—300 r. ir vartotinas 3—5 cm. fokuso nuotolis po 2 mm. Al. HWS, iš viso 2.700—5.600 r. Karcinomai in lupo sulig Frank'o duodama iki 8000 r. Melanomoms atskiros dozės 400—500 r., iš viso 10.000 iki 20.000 r. N. sympathicus švitinimai įvairiose stuburkaulio vietose, pvz., cerv. VII, torak. IV arba liumb. IV, sulig Gonin'o ir Bienvenue gerų pasėkų gaunama šių odos susirgimų atvejais: lichen planus, ekzema chr., morbus Raynaud, dysmenorrhoea, akne vulgaris, vaginismus, impotencija, dermatitis herpetiformis ir kraurosis vulvae. *Gyd. A. Gulbinas.*

OTORINOLARINGOLOGIJA.

9. Ig. Hofer: **Otogeninio sepsis'o ypatybės kūdikių ir vaikų amžiuje.** („Der Hals-, Nas- u. Ohrenarzt", B. 49, H. 1).

Hofer nurodo, kad esą svarbu skirti bendrinė otogeninė infekcija su metastazėmis (pyaemia) nuo bendrinės otogeninės infekcijos be metastazių (grynas sepsis). Esą svarbu skirti todėl, kad šitos otogeninės infekcijos turinčios visiškai skirtingą ligos eigą, simptomus ir temperatūros kreives. Taip, pvz., otogeninės pyemijos atveju būnąs febris intermittens, o grynojo sepsis'o atveju matome febris continua. Kai del otogeninės pyemijos metastazių, tai kūdikių amžiuje jos paliečiančios plaučius. Otogeninės pyemijos eiga pasižyminti tuo, kad čia pradieniui keičiąsis temperatūros stovis: vieną dieną būnanti aukšta temperatūra, kitą dieną jos visai nebūną. Otogeninis sepsis be jokių pagerėjimų praeinąs labai audringai su sunkiais apsinuodijimo reiškiniais, sąmonės aptemimu, kolapsu ir galop baigiąsis mirtimi.

Diagnozuojant svarbu nesuklysti vaikų bendrinių infekcijų atveju, kaip, pvz., tymų, skarlatinos, gripo. Šitos infekcijos duodančios otitus, bet ne otitas čia esąs bendrinės infekcijos kaltininkas.

Kai del diferencinės diagnozės, tai vaikų amžiui ji dažnai sudaranti didelių sunkumų, nes vaikai, o ypatingai kūdikiai, labai dažnai sukarščiuoją.

Del terapijos pažymima, kad infekcijos židinys reikią pašalinti chirurginiu būdu (antrotomia). Šitą operaciją ir kūdikiai, ir vaikai lengvai pakelią. Negalint chirurgiškai gydyti, naudotinas prontozilis, sero- ir vakcinoterapija. *Ks. Vencius.*

STOMATOLOGIJA IR DENTIATRIJA.

1. Axhausen, G.: **Die Technik der operativen Entfernung der bei der Mandibularanaesthesie abgebrochenen Injektionsnadel** („Deutsche Zahn-Mund-und Kieferheilkunde" B. 3, H. 10, 1936).

Kadangi visi iki šiol mėginti operacijų būdai pašalinti adatą, kuri yra nulūžusi darant pravedamąją apatinio žandikaulio anesteziją, buvo nesėkmingi arba tiek žalojo organizmą, kad jų neapsimokėdavo panaudoti, tai autorius siūlo savo išmėgintą būdą. Be to, autorius pataria dantų gydytojams, kuriems yra atsitikusi šita nelaimė, patiems adatos neieškoti, nes būsią tik išrausiami audiniai ir tuo būdu apsunkinamas žaizdos gijimas ir darbas chirurgui. Tokiais atsitikimais dantų gydytojai turį tuojau kreiptis į chirurgą ir tai ne į šiaip chirurgą, bet į dantų ir burnos chirurgą, nes šiaip chirurgas esąs neįpratęs operuoti intraoraliai ir dažnai galį būti, kad jam nė karto nebuvę tekę matyti, kaip tokiu atsitikimu operuotina.

Lūžusios adatos pašalinimo operacijai autorius stato šiuos reikalavimus: 1) Operacija turinti būti nepavojinga ir užtikrinti tikslo pasiekimą; 2) operacija turinti būti baigta per trumpą laiką ir nesirausiant audiniuose; 3) operacija turinti būti daugeliu atsitikimų davusi gerų rezultatų. Autorius mano, kad jo metodė atitinkanti visus šituos reikalavimus. Jis tuo būdu operavęs 10 pacientų ir visais atsitikimais gavęs gerų rezultatų.

Adatos suradimas. Operacijos metodė pagrįsta tuo samprotavimu, kad nulūžusios adatos smaigalis turįs būti netoli apatinio žandikaulio liežuvėlio (lingula mandibulae).

Adatos suradimo technika šitokia: Plačiai pravėrus burną ir padarius vietinę anesteziją, pjūvis daromas ties pryšakiniu kylančios apatinio žandikaulio šakos (ramus mandibulae) kraštu pradedant žemiau vainikinės ataugos (proc. coronoideus) viršūnės ir baigiant retromalariniame trikampyje. Po to, visos minkštosios dalys atseparuojamos nuo vidinio kylančios šakos paviršiaus liežuvio link. Tuo būdu prie pat kaulo einama vis gilyn. Lateralinės minkštosios dalys prilaikomos aštriais kabliais, o

medialinės — įvairaus ilgio Langenbeck'o kabliais. Taip esą galima prieiti iki apatinio žandikaulio liežuvėlio, nors paprastai tiek toli netenką eiti, nes jau anksčiau žaizdos gilumoje pasirodąs adatos smaigalis. Jei jis nepasirodo, tai pirštu palpuojama žaizdos gilumoje ir tuo būdu adata pajuntama, nes būdama kieta ji aiškiai skiriantisi nuo aplinkinių audinių konsistencijos. Adatą apčiuopus, aplink paspaudinėjama marlės gabalėliais ir tada adatos smaigalis greit pasirodąs žaizdos gilumoje. Jei tuo būdu nepasiseką adatos surasti, tuomet žaizdos gilumoje, t. y. toje vietoje, kur turėtų būti adatos galas, pirštu stipriai paspaudžiamas lingvalinis žaizdos paviršius, kartu kablių pagalba praplečiama išorinė žaizdos dalis. Dažnai atsitinką, kad tada nulūžęs adatos galas pasirodąs išoriniame žaizdos paviršiuje. Jei ir tuo būdu nebūtų pasiektas tikslas, tai padaromi keli negilūs išilginiai pjūviai lingvaliniame žaizdos paviršiuje. Čia peilis greit užkliūvąs už adatos.

Adatos pašalinimas. Šalinant adatą reikią žiūrėti, kad ji nelūžtų antrą kartą, nes tada likusios dalies pašalinimas esąs žymiai sunkesnis. Autorius daro šitaip: adatos smaigalį suima adatų laikytoju ir stumia adatą atgal kaip galima toliau į minkštuosius audinius. Dažnai tuo būdu žaizdos paviršiuje pasirodąs nulūžęs adatos galas, už kurio galima adata ištraukti. Jei nulaužtasis galas nepasirodo, tai adata tuo pačiu adatos laikytoju traukiama kaip galima toliau žaizdos gilumon ir lanku ištraukiama lauk.

Žaizdos aprūpinimas. Adatą ištraukus minkštosios dalys vėl prispaudžiamos prie kaulo ir žaizda užsiuvama ketguto siūlais paliekant neužsiūtą apatinį kampą, į kurį įstatomas nedidelis tamponas.

Vyt. Damijonaitis.

Klinikos ir praktikos patyrimai

× **Del lupus erythematodes gydymo burnos tuštime.**

Lupus erythematodes burnoje sutinkamas gana retai, bet čia liga vietinio gydymo atžvilgiu esanti labai atkakli. H. Leicher iš savo patyrimo atsisakąs lupus erythematodes gydyti rentgeno švitinimu ar anglirūkštės užšaldymu. Taip pat menkų rezultatų duodąs gydymas bismuto injekcijomis, jodo preparatais ir intraveninėmis aukso injekcijomis. Ir labai kruopštus minėtais būdais gydymas beveik neduodąs matomų pagerėjimų burnos gleivinėje. Autorius daugiausia vertina ir siūlo lupus erythematodes gydymui elektrokoaguliaciją. Šita gydymo priemonė gerai paveikianti net ir labai išsiplėtusius židinius burnos ar liežuvio gleivinėje (H. Leicher: „Der Hals-, Nas.- u. Ohrenarzt", B. 43, H. 1). *Ks. Vencius.*

× **Gerklės tuberkuliozės gydymas vitaminais.**

Sergant tuberkulioze organizme randama didelė stoka C- ir B_1-vitaminų. Šitų vitaminų stoka sukelianti burnos ir gerklės gleivinės defektus, erozijas ir ulcera. Tokie gleivinės pakitimai sudarą geras sąlygas Koch'o bacilams įsikurti ir tuo būdu atsirandą laryngitis et pharyngitis tuberculosa. Kliniškai pastebėta, kad, ligoniui paskyrus 1.500—2.000 mg. C-vitamino ir dideles dozes B_1-vitamino, gerklės tuberkuliozinės opos apsivalančios, jų paviršius apsidengiąs šviežiu granuliaciniu audiniu ir užgyjąs. Kartu pagerėjanti ir ligonio savijauta, pakyląs svoris, užgijus opoms, pasitaisąs apetitas. Daugeliui ligonių tuojau išnykstą tuberkuliozės bacilai skrepliuose. Griebel pabrėžia, kad gerklės tuberkuliozės gydymas vitaminais turįs pirmenybę prieš opų prideginimus, Wessely'o švitinimus ir intravenines injekcijas. (Griebel: „Der Hals-, Nas.- u. Ohrenarzt", Bd. 49, H. 1). *Ks. Vencius.*

× **Apie chroniškų tonsilitų gydymą rentgenu.**

Pastaruoju laiku vėl didesnis kiekis ligonių, sergančių chroniškų tonsilitu, nukreipiamas rentgeno terapijai. Del to galima štai kas pasakyti: tiek anksčiau, tiek dabar tonsilitų gydymas rentgeno spinduliais nepamainąs tonsiloektomijų. Tonsilių švitinimas rentgeno spinduliais tik trumpam laikui apginąs organizmą nuo žalingo agento, kurio buveinė esanti tonsilėse. Rentgeno švitinimu sumažinamas palinkimas ūminėms anginoms, sulaikomas reumatinių reiškinių plitimas, šiek tiek pagerėjanti savijauta ir išnyksta širdies plakimai. (V o g e l: „Der Hals-, Nas.- u. Ohrenarzt", B. 49, H. 1). *Ks. Vencius.*

× **Naujos pažiūros del othematomų gydymo.**

Iš konservatiškų priemonių othematomoms gydyti dažniausiai naudojami drėgni tvarčiai, šilima, švitinimas rentgenu ir spaudžiamųjų tvarčių uždėjimas. Beveik visi šitie gydymo būdai atliekami kartu su othematomos punkcija, įšvirkštimu į jos vidų t-ra jodi ar alkoholio. Naudojant vien tik spaudžiamąjį tvartį gauname blogų rezultatų: othematoma pasidaranti su platesniu pagrindu, o rezorbcijos žymių beveik nėsą. Jei padaryta tinkama punkcija, tai nereikalinga jokių spaudžiamųjų ar liečiamųjų tvarčių.

Chirurgiškas gydymas pranašesnis už konservatišką del šių savumų: 1) trumpas gydymo laikas, 2) geresnis kosmetinis rezultatas, 3) geresnė prognozė. H e r z m a n n savo klinikoje othematomoms gydyti naudojąs šią chirurgišką metodę. Othematoma skalpeliu pasiekiama ne per priekinį jos šoną, bet per užpakalinį. Tuo būdu iš užpakalio ausies grybelyje, othematomos srityje, padaromas langelio ar plyšio formos kremzlės išpjovimas, per kurį othematomos turinys ir ištekąs. Nepaliesta priekinė othematomos sienelė duodanti didesnį galimumą rezorbuotis, o užpakalyje padarytas pjūvis užgyjąs per primam. (A. H e r z m a n n: „Der Hals-, Nas.- u. Ohrenarzt", B. 49, H. 1). *Ks. Vencius.*

× **Askaridai ir jų gydymas.**

Vienas moteriškos lyties askaridas produkuojąs per parą 2.000 kiaušinėlių 1-me grame išmatų. Kiaušinėliais esą negalima apsikrėsti, kol juose nėra išaugęs gemalas. Tam jie 2—4 sav. turį nokti žemėje. Kiaušinėlių esama ir neapvaisintų. Jie turį ploną baltyminę kapsulę, užpildytą visiškai grūduota mase; apvaisintų kiaušinėlių kapsulė esanti stora, viduje apvali embrioninė celė, jų spalva tamsesnė.

Vaikai apsikrečią nuo žemės, žaisdami smėlyje, nuo žmogaus išmatomis treštoje dirvoje augusių žalių daržovių, vaisių.

Iš į žarnyną patekusių kiaušinėlių išsilupą gemalai, kurie praeiną pro žarnų sienelę į v. portae indus, pro kepenis, taip pat kraujo takais į širdį ir pro a. pulmonalis į plaučius. Lymfos takais irgi einą į širdį. Plaučiuose jie užkemšą perialveolinius kapiliarus, prasigręžia į alveoles, kur išaugą nuo ¼ mm iki 1—2 mm ir prasigraužią į bronchioles. Toliau pro bronchus ir tracheją išeiną iš plaučių ir vėl praryjami, ir iš viso per 2½ mėn. nuo apsikrėtimo visiškai subręstą. Dalis gemalų praeinanti į v. pulmonalis, iš ten į širdį ir į periferinius organus, kur dažniausiai žūstą, tačiau galį ir išlikti. Net pro placentą galį patekti į vaisių. Taip bent aiškinama 4 sav. kūdikiui išėjusių askaridų kilmė.

Askaridai būną jejunum'e; patekę gilyn, jie imą smarkiai judėti, rangytis, susipiną kamuoliais, kurie, prisidėjus žarnų kontrakcijai, galį ir ileus sudaryti. Taip pat pro skrandį ir stemplę galį patekti į gerklas ir uždusinti. Mėgstą užkimšti tulžies lataką ir tuo būdu sukelti geltligę, appendix'e uždegimą; net galį prasigraužti į pilvo tuštimą.

Sunaudoją maisto baltymus ir angliavandenius, tuo būdu sudarydami ligoniui didelę skriaudą.

Dažniausiai askaridai gyveną symbiozėje, kliniškai nepasireikšda-

mi. Įtarimą galį sukelti vaiko išblyškimas, veido paburkimas su tamsiais paakiais, nosies krapštymas, gydymui atsparūs viduriavimai, spazmiški pilvo skausmai ir panašūs daugiareikšmiai simptomai. Įtarimą paremią išmatose randami kirminai ir jų kiaušinėliai; patvirtinąs diagnozę tų reiškinių išnykimas kirminus išvarius.

Kirminų kelionės per organus stebėtinai mažai pasireiškiančios kliniškai. Askaridų pneumonijos susidarančios tik ypatingai daug kiaušinėlių prarijus per trumpą laiką. K o i n o, prarijęs 2.000 kiaušinėlių, po 6 dienų susirgęs sunkia savaitės laiko pneumonija. Skrepliuose po 11—16 dienų buvę daug askaridų gemalų. Gemalų atradimas skrepliuose, kraujo ir skreplių eozinofilija turį patvirtinti askaridinės pneumonijos diagnozę.

Askaridinės intoksikacijos reiškiniai esą įvairūs, k. a.: išblyškimas, lėti judesiai, įdubusios akys, blogas odos turgor'as, raumenų silpnumas, pilvo įdubimas, karštis, meningismus'o reiškiniai, dermografizmas. Galimas ir motorinis neramumas, susijaudinimas, riksmas, kliedesys, traukuliai. Pasitaiką ir status typhosus reiškinių. Askaridai gaminą įvairių lokaliai ir po rezorbcijos veikiančių nuodų, todėl ir intoksikacijos vaizdas esąs įvairus. Rasta jų kūnuose į atropiną ir coniin'ą panašių nuodų, riebalinių rūgščių, jų aldehidų. Intoksikacijos metu iš kraujo pranykstą eozinofilai; gal jie susiburią žarnose.

Kartais organizmas būnąs ypatingai jautrus askaridams ir jų produktams ir reaguojąs urtikarija, konjunktivitu, astma ir pan. alerginėmis reakcijomis.

Askaridų kiaušinėliai ieškomi silpnu padidinimu tepinėlyje tarp dviejų objektinių stiklelių. Galima tepinėlis nudažyti 2% eozino skiediniu. Kiaušinėliai galima koncentruoti praskiedus išmatas prisotintame druskos skiedinyje 1:20 santykiu. Pastovėję 15—45 min., lengvesni askaridų kiaušinėliai išplaukią į paviršių, ir iš čia paimami kilpele. Kraujo ir skreplių eozinofilija pagelbstinti diagnozei.

Gydoma s a n t o n i n u, dozėmis pagal amžių — 0,005, 0,01 iki 0,025 rytą ir vakarą po valgio per tris dienas. Kartu duodama k a l o m e l i o 0,01, 0,03 ir 0,05 — pagal amžių.

Stipriau veikiąs o l. c h e n o p o d i i. Jo duodama iš ryto ant tuščios tiek lašų, kiek vaikas turi metų, ant cukraus. Po valandos duodama tiek pat; po dviejų valandų būtinai duodama ol. ricini ar pulv. liquiritiae comp. Valytas ol. chenopodii esąs a s k a r i d o l i s. Jis būnas 2,5% sumaišytas su ricina. Jo duodama tiek kubinių cm, kiek vaikas turi metų. Toks gydymas trunkąs tik 1 dieną; kartotina ne anksčiau kaip po dienų. Neužmirština laxantia, nes ol. chenopodii esąs pavojingas nervų nuodas, kuris galįs sukelti galvos skausmus, svaigulį, traukulius ir net mirtį. Apsinuodijus duodama anglio į vidų, į veną hypophisin'o.

Silpniems, sergantiems širdimi, inkstais, karščiuojantiems, linkusiems į traukulius vaikams duotina nepavojingo h e l m i n a l'io. Mažiems vaikams per 4 dienas tris kartus po šaukštelį grūdelių su kompotu, didesniems per 4—5 d. tris kartus po 1—2 tabletes su bulvių koše už valandos prieš valgį. Paskutinę dieną laxantia. (G l a n z m a n n: „Einführung in d. Kinderheilkunde". 1939 m., 429 psl.). *P. Baublys.*

× **Epideminio meningito gydymas serumu ir prontosil'iu.**

Pastaruoju laiku gydyti 27 ligoniai, sergą epideminiu meningitu. Duota serumo ir prontosil'io, daugeliu atvejų intraliumbaliai. Taip pat prontosil'is duotas į raumenis ir į vidų. Kelis kartus duota ir uliron'o į vidų. Serumo ir prontosilio 2,5% duota kiek galima daugiau. Iš 27 vaikų mirę. 7. Tačiau 3 jau mirštą buvę atvežti; 1 vaikas, jau visiškai pasveikęs nuo meningito, miręs nuo bronchiektazijos. Taigi likusios 3 mirtys sudarančios tik 11% mirtingumo — palyginti neblogi rezultatai. (S t e i n m a u e r, „Kinderärztl. Prax." 1939 m., 511 p.). *P. Baublys.*

× **Pylorospasmus'o gydymas tepant alkoholiniu eumydrin'o skiediniu liežuvį.**

Lindberg'o 1925 m. pasiūlytas Gėteborge, Walgren'o klinikoje su gerais rezultatais išbandytas būdas, Gezelius'o pamėgintas ir Vienos klinikoje. Šešiems kūdikiams, sergantiems pylorospasmus'u, buvęs teptas liežuvis su alkoholiniu atropino ar eumydrin'o skiediniu. Vėmimas sustojęs, svoris ėmęs augti. Metodė labai lengva, neskausminga, vaistai gerai rezorbuojasi, net jei skrandis būtų pilnas, ar kūdikis vemtų. Vandeninis eumydrino skiedinys neveikęs. (E. Türk: „Kinderärztl. Prax." 1939 m., 511 p.). *P. Baublys.*

Gyd. V. Kviklys

Keletas pastabų 1938—39 mokslo metų pradžios mokyklų sanitarinių apžiūrų apyskaita suvedus.

Sveikatos Departamentas, norėdamas nuodugniau susipažinti su mūsų pradžios mokyklų sanitariniu stoviu ir mokyklinio amžiaus vaikų sveikata, ryžosi pirmą kartą suvesti ir paskelbti metinę pradžios mokyklų sanitarinių apžiūrų apyskaitą. Ją čia pridedame.

Suprantama, ji nėra visu 100% tiksli, nes pereitais metais dar nebuvo konkrečių taisyklių ir instrukcijų, kurios normotų mokyklų sanitarines apžiūras ir mokinių sveikatos tikrinimą, be to, sveikatos punktų gydytojai, vykdantieji pradžios mokyklų sanitarines apžiūras, tam darbui nėra pakankamai pasiruošę, o specialių mokyklų gydytojų neturime.

Tačiau iš tos apyskaitos jau šiek tiek paaiškėjo mūsų pradžios mokyklų sanitarinis veidas ir pradžios mokyklų mokinių sveikatos stovis, arba, teisingiau, ryškiau atsiskleidė tos sritys, kurios prašosi budresnės sanitarinės administracijos akies ir rankos. Antra vertus, ji rodo, kad sveikatos punktų gydytojai atlieka didelį mūsų krašto sanitarinės kultūros darbą.

Iš apyskaitos matyti, kad pereitais mokslo metais pradžios mokyklas tikrino ir mokinius žiūrėjo 150 gydytojų (be Vilkaviškio ir Rokiškio apskr., kurie žinių laiku nesuteikė, ir Kauno miesto, kur mokyklų sanitariniai reikalai tvarkomi atskira sistema). Iš viso patikrinta 1811 mokyklų su 133.774 mokiniais. Vadinasi, vienam gydytojui atiteko vidutiniškai po 12 mokyklų ir po 890 mokinių.

Iš mokyklų sanitarinių apžiūrų apyskaitos krinta į akis štai kas: 1) nepasirūpinimas spjaudyklėmis (neturi net 49,3%), 2) blogos drabužinės (54,2%), 3) blogos išvietės (37,1%) ir 4) blogos mokyklų aikštės ir kiemai (31,5%). Rasta mokyklų netinkamose patalpose 6%. Žinoma, reikalavimai buvo statomi neperaukščiausi, atsižvelgiant į mūsų gyvenimo sąlygas.

Tikrinant mokinių sveikatą rasta: sergančių džiova 0,32%, trachoma 1,38%, niežais 0,5%, favus ir trichophytia 0,5%, ne-

Eilės nr.	Apkrities ir miesto	Iš viso mokyklų	Apžiūrėta mokyklų	Rasta																	Neturi spiaudyklių	Rasta mokyklų visai netinkam. patalpose
				Del padėties			Del statybos savumų			Del klasių			Del įrengimų			Del drabužinių			Del aikščių			Del išviečių			Del vandens				
				gerų	patenk	blogų	gerų	patenk	blogų	gerų	patenk.	blogų	gerų	patenk.	blogų	gerų	patenk.	blogų	gerų	patenk.	blogų	gerų	patenk.	blogų	gerų	patenk	blogų		
1	Alytus	122	122	42	55	15	42	55	15	30	43	39	47	53	22	11	34	67	28	44	50	19	47	56	21	81	20	43	2
2	Biržai	126	109	32	60	17	26	59	22	20	65	24	28	55	26	12	46	51	26	59	24	19	44	46	21	68	10	41	4
3	Kaunas (apskr.) . . .	149	149	60	57	32	67	63	10	49	69	31	50	70	29	36	61	52	49	61	39	47	57	45	63	54	32	83	5
4	Kėdainiai	108	85	9	60	16	10	52	13	18	55	12	17	40	28	9	26	51	16	38	41	9	40	36	16	50	19	42	9
5	Kretinga	107	83	14	43	26	20	35	28	12	37	34	15	35	13	17	23	43	19	24	40	12	25	43	21	34	28	18	8
6	Marijampolė	122	106	21	80	5	15	85	6	12	90	4	7	91	8	6	50	50	19	47	40	11	70	25	6	90	10	79	3
7	Mažeikiai	73	67	7	50	10	7	51	9	10	50	7	17	33	17	8	25	34	14	42	11	7	39	21	16	44	7	38	3
8	Panevėžys	189	112	42	59	11	28	75	9	35	70	7	30	63	19	29	32	51	32	52	28	20	50	42	35	64	13	50	5
9	Raseiniai	127	127	37	68	22	39	69	19	24	91	12	23	90	14	15	39	83	19	47	61	26	69	32	18	83	26	76	7
10	Rokiškis	85	Neatsiųsta tikrinimo duomenų																										
11	Seinai	57	51	19	20	17	13	21	17	15	30	6	14	27	10	—	22	29	8	34	9	3	22	26	10	32	9	15	2
12	Šakiai	75	65	25	30	10	24	29	12	21	32	12	21	26	18	10	19	36	8	33	24	20	18	27	20	28	17	46	6
13	Šiauliai	240	225	140	67	18	87	122	16	64	135	36	69	116	40	46	101	78	63	106	56	42	139	46	110	90	25	102	12
14	Tauragė	128	93	34	37	22	36	35	22	38	35	20	39	34	20	11	15	67	19	37	28	9	28	56	37	46	10	52	10
15	Telšiai	90	7.	6	55	12	6	53	14	4	59	10	7	57	9	4	30	39	10	41	22	3	44	26	12	44	17	32	4
16	Trakai	87	79	33	37	9	30	36	13	21	36	22	20	42	17	14	21	44	19	35	25	14	42	22	14	41	24	50	12
17	Ukmergė	125	121	39	67	17	30	70	25	24	70	27	34	66	21	12	53	58	17	84	10	19	42	60	27	67	27	15	3
18	Utena	114	87	31	36	20	25	48	14	17	47	23	20	46	21	21	24	42	13	28	46	15	32	40	14	52	21	59	11
19	Vilkaviškis	91	Neatsiųsta tikrinimo duomenų																										
20	Zarasai	57	57	27	16	14	22	24	11	21	30	6	19	30	8	16	17	24	18	26	15	12	20	25	26	21	10	37	3
21	Kaunas (miestas) . .	62	Mokyklos tikrintos atskira tvarka (Kauno miesto mokyklų medicinos centras).																										
	Iš viso . . .	2.334	1.811	618	908	283	537	999	275	435	1.044	332	477	974	360	277	635	899	397	845	569	309	828	674	497	989	325	878	107
	%			34,1	50,1	15,1	29,6	55,1	15,3	24,0	57,6	18,4	26,3	53,8	19,9	15,3	30,5	54,2	21,9	46,6	31,5	17,1	45,8	37,1	28,3	54,6	17,1	49,3	6%

švarių (utėlėtų) 8,5%. Be to, buvo del ligų ir kūno ydų atleista nuo kūno kultūros pamokų 1,4%, o nuo kitų pamokų 0,7%, nusiųsta gydytis 5,4%. Neskiepytų nuo raupų rasta 2,8%.

Kiek tie skaičiai tikri, kartotinai atitinkamiems specialistams nepatikrinus, taip pat negalima patvirtinti.

Apžiūrų lapuose randama kai kurių gydytojų įrašytų ir neįtikėtinų dalykų; pav., vienoje mokykloje yra 89 mokiniai, iš jų atleista nuo kūno kultūros pamokų 30, nusiųsta gydytis 35; kitoje mokykloje yra 34 mokiniai, iš jų rasta sergančių trachoma 17. Suprantama, esant progai, reikėtų tokios mokyklos iš naujo apžiūrėti.

Nemaža randama ir mokytojams ir administracijai primetamų nerangumo ar apsileidimo dalykų; pav., kai kuriose mokyklose rasta jau 4 metai ir daugiau nevalytos išvietės,

arba viena bendra išvietė berniukams ir mergaitėms; daugelyje mokyklų drabužinės yra liūdniausiame stovyje, o kai kur, net naujose mokyklose (Lyduvėnai), nėra drabužinių. Arba, dar rasta tokių mokyklų (Malėtų valsč., Drusenų km.), kurios visai neturi išviečių.

Laimė, kad tokių mokyklų nedaug. Tačiau jaučiame, kad gydytojų, mokytojų ir savivaldybės šventa pareiga tuos nenormalumus baigti naikinti.

Pagaliau dar labiau paryškėja, kad laikas būtų sutvarkyti oficialiai mokyklų gydytojų klausimą. Kaip praktika parodė, budri mokyklų gydytojo akis turėtų dalyvauti ir mokyklą statant, ir parenkant mokyklai samdomą privatų namą, ir prižiūrint mokyklų sanitariją. Tada, gal būt, greičiau išnyktų tie nenormalumai, kuriuos dabar užtinkame mūsų pradžios mokyklose.

Eilės nr.	Apskritis ir miestas	Iš viso apskrityje (mieste) yra mokinių	Tikrintose mokyklose yra mokinių	Gydytojų apžiūrėta	Tikrinimo dienomis į mokyklas neatvyko	Rasta sergančių					Atleista nuo kūno kultūros pamokų	Atleista nuo kitų pamokų	Nusiųsta gydytis	Neskiepyta nuo raupų	Tikrinusių mokyklas gydytojų skaičius
						Džiova	Trachoma	Niežais	Odos ligomis (favus ir trichoph.)	Utėlėtų					
1	Alytus	18.190	12.309	11.387	922	96	158	85	45	372	304	73	634	119	10
2	Biržai	11.687	6.129	5.548	581	7	159	8	29	818	16	59	526	1.124	10
3	Kaunas (apskr.) .	18.202	11.937	10.142	1.795	28	57	70	37	591	130	98	31	325	11
4	Kėdainiai . . .	11.607	4.314	3.827	487	14	27	28	11	526	12	63	257	39	7
5	Kretinga . . .	14.718	6.517	6.088	429	41	194	39	23	697	68	31	520	72	9
6	Marijampolė . .	15.829	7.675	7.354	321	34	96	70	1	284	107	26	773	41	9
7	Mažeikiai . . .	9.772	4.678	4.278	400	11	45	16	3	205	75	18	265	45	6
8	Panevėžys . . .	19.889	9.651	8.767	884	33	61	15	25	548	179	72	241	100	9
9	Raseiniai . . .	15.946	11.007	9.996	1.009	49	157	44	60	2.322	143	16	353	53	10
10	Rokiškis . . .	10.664	Neatsiųsta tikrų duomenų												9
11	Seinai	6.906	5.297	5.027	270	—	39	13	3	567	132	8	100	8	4
12	Šakiai	8.504	4.724	4.300	424	7	65	11	1	243	35	41	415	67	5
13	Šiauliai	27.384	20.442	18.920	1.477	57	329	69	93	719	314	197	1.195	1.354	19
14	Tauragė . . .	17.386	6.475	5.957	518	15	25	97	15	324	122	22	170	82	8
15	Telšiai	12.361	5.810	5.282	528	6	63	32	11	666	51	37	326	133	8
16	Trakai	12.589	7.734	7.017	717	6	82	34	8	805	89	46	414	152	7
17	Ukmergė . . .	16.267	10.219	8.985	1.234	11	129	17	89	972	52	24	457	70	11
18	Utena	14.866	6.201	5.775	426	10	114	20	124	453	130	52	394	28	5
19	Vilkaviškis . .	10.333	Neatsiųsta tikrų duomenų												
20	Zarasai	6.285	5.811	5.124	687	3	59	17	52	276	22	71	137	6	4
21	Kaunas (miestas)	13.161													
	Iš viso .	292.545	146.930	133.774	13.109	428	1.859	691	630	11.398	1.980	954	7.208	3.818	150
	% . . .				9,8	0,32	1,38	0,5	0,5	8,5	1,4	0,7	5,4	2,8	

Sukrauti visus tuos reikalus vien ant sveikatos punkto gydytojo pečių būtų neteisinga ir yra neįmanoma, nes jis už tą menką subsidiją yra užverstas visa eile kitų pareigų, tiesiogiai išplaukiančių iš sveikatos punkto paskirties.

Dr. T. Goldbergas
(Kaunas).

Vilniaus mediciniškųjų įstaigų apžvalga.

Vilniaus mediciniškosios įstaigos priklauso 3 vadyboms: 1) Vidaus reikalų ministerijai (Lenkijoje buvo Visuomenės globos ministerija), 2) karo sanitarijos vadybai ir 3) miestui. Be to, dar yra gydomųjų ir mediciniškųjų įstaigų visuomeniškai labdaringo pobūdžio, kurios yra žydų bendruomenės ar labdaringų draugijų žinioje.

A. Vidaus reikalų ministerijos mediciniškosios įstaigos.

Iš gydomųjų ir mediciniškųjų įstaigų, priklausančių betarpiškai Vidaus reikalų ministerijai, būtent, Sveikatos Departamentui, yra pažymėtinos dvi: 1) Psichiatrinė ligoninė ir 2) Higienos institutas.

1. Psichiatrinė ligoninė. Didžiulis apygardos psichiatrinės ligoninės pastatas, pastatytas dar prieš didįjį pasaulinį karą pagal žinomo psichiatro d-ro Krainski'o planą didžiuliame sklype, su atitinkamais ūkio trobesiais, 7 kilometrų atstu nuo Vilniaus (Naujojoje Vilnioje), pakelėje į Dvinską, buvo skiriamas ne mažiau kaip 1.000-čiui ligonių. Tačiau dar vokiečių okupacijos metu šitas pastatas buvo paverstas kareivinėmis. Tokioje padėtyje šitas pastatas buvo ligi paskutinių laikų. Vietoje šito pastato, Psichiatrinei ligoninei buvo pritaikytas namas Antakalnyje (Vilniaus priemiestyje), žymiai mažesnis, numatytas aptarnauti 230 ligonių. Kai kuris ligonių kiekis gyvena ūkyje netoli nuo Vilniaus. Ligoninės dalis, būtent, 50 lovų nervų ligoniams ir 50 lovų psichiniams ligoniams, buvo išnuomota Medicinos fakultetui studentams medikams mokyti.

2. Higienos institutas. Higienos institutas yra įkurtas mieste, Totorių g. 11 nr., labdarių draugijos (Čeloviekoliubivoje obščestvo) namuose. Jis užima 15 kambarių, nuomojamų už pasakiškai mažą kainą (maždaug už 200 zlotų mėnesiui). Institutas turtingai aprūpintas atlikti toms funkcijoms, kurioms jis yra skirtas. Pastarosios skiriasi nuo Kauno Valst. Higienos instituto, kas matoma iš jo skyrių pavadinimų. Svarbiausias jo darbas yra kova su epidemijomis (vidurių šiltine, dėmėtąją šiltine) valstybiniu mastu ir su endeminiais susirgimais (helminthiasis'u, tbc., lyssa). Tyrimai, kartotekos, statistikos šita kryptimi griežčiausiai susistemintos. Čia pažymėtina, kad skiepijimai nuo pasiutimo atliekami ne Higienos institute, bet susirgimo vietoje. Tam tikslui ampulėmis paruošti skiepai būdavo išdalinami vietos apskrities gydytojams, ir tuo būdu ligoniai galėjo gydytis neatsitraukdami iš savo gyvenamosios vietos.

Su vidurių šiltine, be susirgimo šaltinio sekimo, kovojama tuo būdu, kad kiekvienas pasveikęs iš šitos ligos Higienos instituto kontroliuojamas ir iki 3 kartų tiriamas, ir, tiktai visais atvejais gavus ekskrementų tyrimo neigiamus rezultatus, skelbiamas sveiku. Radus bakterijų, ligonis vėl nukreipiamas į gydytoją, kurio kontrolei jis pavedamas, ir vėl po gydymo 3 kartus su pertraukomis tiriamas. Visa tatai grafiškai pažymima specialinėse kartotekose.

Su dėmėtąja šiltine kovojama tam tikrais skiepais, kurie techniškai sunku pagaminti, nes tenka apkrėsti utėlės pro jų anus klizmos pagalba. Tatai buvo atliekama centre, rodos, Varšuvoje. Šitą būdą išrado vienas lenkų gydytojas, kurio pavardę aš esu užmiršęs. Praėjus tam tikram laikui, tokios utėlės sausai sutrinamos ir iš jų paruošiami 3 stiprumų skiepai, atsižvelgiant į skaičių utėlių (20, 40 ir daugiau), sunaudotų skiepams gaminti.

Higienos institutas turi šiuos skyrius: 1) bakteriologinį sk., 2) vandens sk., 3) produktų sk., 4) analizinį (kliniškąjį) sk. ir 5) epideminį skyrių.

Higienos instituto personalą sudaro: 1 direktorius (gydytojas), 3 gydytojai, 2 chemikai, 1 chemikas farmacininkas, 1 farmacijos daktaras, laborantai ir raštinės tarnautojai. Kliniškai chemiškų analizių (šlapalų, liktinio azoto, cukraus kraujyje ir t. t.) Higienos institute iš viso nebuvo daroma, nes svarbiausiu uždaviniu buvo laikoma valstybinė kova su epideminėmis blogybėmis.

Bakteriologiniam skyriui priklauso ir serologija (pvz., WaR). Biologiniai tyrimai nedaromi. Autovakcinos — gaminamos.

Higienos instituto išlaidos buvo padengiamos iš centro gaunamomis lėšomis ir pajamomis už tyrimus.

Tyrimų mokestis buvo šis: WaR = 10 zlotų; morfologiškas kraujo tyrimas = 10 zlotų; Westergreen'o r. (Biernacky) = 6 zl.; Bordet-Gengou r. = 10 zl.; faeces, šlapimų tyrimas = 4 zl.; skrandžio sunkos (su išpompavimu) tyr. = 6 zl.; bakterioskopinis tyr. = 4 zl.; autovakcina = 20 zl.; bakteriologinis tyr. = 10 zl. Valstybiniai tarnautojai patys apmokėdavo tiktai 50% išlaidų; o kitus 50% sumokėdavo už juos valstybė. Vietoje mokesčio už bakteriologinius, bakterioskopinius ir serologinius tyrimus, ligonių kasa savo lėšomis išlaikydavo du tarnautojus — vieną gydytoją ir 1 laborantą (abiem mokėdavo iš viso apie 600 zlotų mėn.).

1938 m. buvo padaryta 29.361 WaR tyrimų 10.252 asmenims,
„ „ „ 3.382 gon. „
„ „ „ 2.821 Weil-Felix r. tyrimų.
Iš viso padaryta 56.250 bakteriologinių tyrimų.

B. Karo sanitarijos vadybos mediciniškosios įstaigos.

Karo ligoninė (klinikos). Karo sanitarijos vadybai priklauso didelis žemės sklypas, esąs vienoje pusėje Antakalnio priemiesčio gatvės, pasibaigiančios aklai. Visą šitą plotą dar prieškariniais laikais buvo užėmusi rusų apygardinė karo ligoninė, turėjusi savo personalo sudėtyje gerų specialistų. Jos pastatus sudaro iš dalies barakų sistemos trobesiai, iš dalies korpai su dideliu parku ir dar neužstatytas tuščias plotas. Šita gatvė buvo vadinama Karo ligoninės gatve. Dabar šitų trobesių dalis išnuomojama Vilniaus Un-to Medicinos fakulteto klinikoms, antra dalis aptarnauja kariškius ligonius, trečia dalis — mišraus pobūdžio.

Grynai klinišką pobūdį turi vidaus ligų klinika ir chirurginė klinika; mišraus pobūdžio — stomatologijos klinika ir kai kurie kiti skyriai.

Didžiajame korpe yra chirurginė ir vidaus ligų klinikos; ten pat yra ir Centrinis Rentgeno institutas. Trobesiai iš vidaus nevienodai išremontuoti; koridoriai šviesūs ir platūs. Palatos griozdiškos, kuriose telpa po 18 lovų. Čia pat bendroje palatoje prie sienos atskirti vad. box'ai — kabinos rūšis atskiriems ligoniams, kuriems juose oro maža ir tamsoka. Iš bendros palatos trejos durys veda į 3 atskirus kambarius, vad. separates, mokamai („klasinei") publikai. Šitie kambariai aprūpinti net labai ištaigingais baldais.

Centrinis Rentgeno institutas įrengtas labai turtingai. Būstinė labai plati. 2 giliosios terapijos aparatai, 3 aparatai tyrimams su „Bucky“ diafragma ir 1 kimografijos aparatas.

Kiekviena klinika turi savo specialybės turtingą įvairiomis kalbomis einamosios literatūros knygyną, užimantį gerą ir erdvą būstinę.

Vidaus ligų klinikoje man pavyko susipažinti su įdomia ligų istorijų ir kartotekų archivo sistema. Ligų istorijos saugojamos pagal metus, stačios, kiekviena specialinėje papkėje. Papkės nugarėlė išgrafuota atitinkamais kvadratėliais, perkirstais tam tikru atstumu riebiomis linijomis.

Ant kiekvienos ligos istorijos įlenktuvo, greta su ligonio numeriu, vardu ir pavarde, yra sužymėti persirgtų ligų tarptautinės nomenklatūros numeriai. Esama dviejų rūšių kartotekų: pirmoji, kur sužymėtos pagal metus ligonių pavardės su jų susirgimų tarptautinės nomenklatūros numeriais ir ligos istorijos numeriu; antrosios rūšies kartoteka turi abėcėline eile ligos pavadinimus su jų numeriais pagal tarptautinę nomenklatūrą. Pagal pirmąją kartoteką surandama ligos istorija, kas trunka nuo 1 iki 3 sek., nes lengva orjentuotis pagal papkių kvadratus; pagal antrąją kartoteką asmuo, rašąs mokslo darbą, iš karto gauna į rankas visas tam tikros ligos ir tam tikrų metų istorijas, kas žymiai palengvina ieškojimą ir suekonomina laiką.

Antrame korpe yra ausų, nosies ir gerklės, akių ir odos bei vener. ligų klinikos, visos turtingai aprūpintos.

Barakiniuose trobesiuose yra vidaus ligų ir chirurgijos skyriai, skiriami išimtinai kariuomenės reikalams.

Bendras skaičius lovų, kurias nuomoja Universitetas iš Karo sanitarijos vadybos, yra šis: ausų, nosies ir gerklės klinikai — 45 lovos, vaikų klinikai — 60, odos ir vener. ligų klinikai — 45, stomatologinei klinikai — 10—15, chirurginei klinikai — 100 ir vidaus ligų klinikai — 90 lovų.

Prie vaikų klinikos yra moterų ir iki 2—3 metų amž. kūdikių apsaugos stotis. Paskutiniais 1937—1938 metais būta 2.208 apsilankymai. Buvo sekama 292 kūdikiu. Serobakteriologinių tyrimų padaryta 410.

Nervų ir psichikos ligų klinika, kaip aukščiau buvo minėta, įsteigta atskirame name, nuomojamame iš vid. reikalų ministerijos. Čia pažymėtina, kad prie skyriaus, užleisto Univ-to reikalams, yra smegenų tyrimo institutas, įsteigtas žinomo neuropatologo prof. Rose's. Po jo mirties šitą darbą tęsia jo mokiniai.

Akušerijos ir ginekologijos klinika taip pat įsteigta atskirai miesto viduryje, Tilto gatvėje, 3 aukštų name, išplėstame ir perstatytame. (Šitame name prieškariniais laikais buvo privatinė gydytojų Bujalski'o, Rymšos, Kan'o ir Vaškevič'iaus ginekologinė gydykla). Akušerijos ir ginekologijos klinikoje yra 75 lovos (akušer. 30, ginekolog. 28 ir septinių 17).

Paskutiniais 1937—1938 metais Universiteto klinikose gydėsi sergančių —

1) vidaus ligomis . .	1.698	ligonių,	kurie	išgulėjo	24.400	lig.	dienų
2) chirurginėmis ligomis	1.405	„	„	„	26.357	„	„
3) odos ir venerinėmis ligomis . .	415	„	„	„	9.450	„	„
4) vaikų ligomis . .	665	„	„	„	12.407	„	„
5) ausų, nosies ir gerklės ligomis . . .	736	„	„	„	8.027	„	„
6) akių ligomis . .	461	„	„	„	9.017	„	„
7) stomatologinėmis ligomis	107	„	„	„	964	„	„

8) akušerinėmis ligomis	563	„	„	„	7.897	„	„	18.133 lig. d.
9) ginekologinėmis ligomis	384	„	„	„	6.124	„	„	
10) septinėmis ligomis.	201	„	„	„	4.112	„	„	
11) nervų ligomis . .	459	„	„	„	10.422	„	„	
12) psichinėmis ligomis	552	„	„	„	79.797	„	„	

Centrinis Rentgeno institutas per metus turėjo 202 ligoniu, kurie gydyti švitinimais per 1.848 seansus. Stacionariniams ligoniams padaryta 7.094 nuotraukų ir 6.279 švitinimų. Ambulatoriniams ligoniams padaryta 7.470 diagnostinių veiksmų.

Per metus priimta ambulatorinių ligonių, sergančių —

1) vidaus ligomis	2.276	apsilankymų,
2) chirurginėmis ligomis	3.505	„
3) akių ligomis	10.485	„
4) ausų, nosies ir gerklės ligomis . . .	3.590	„
5) dantų ligomis	6.808	„

Stacionariniai ligoniai už rentgenogramas nemokėdavo.

Ambulatoriniams ligoniams už rentgenogramas buvo nustatyta ši taksa:

30×40 . . . . 20 zlotų	18×24 . . . . 8 zlotai
24×30 . . . . 12 „	12×18 . . . . 6 „
	ir t. t.

Mokestis klinikų stacionariniams ligoniams buvo nustatytas žemesnis negu kitose ligoninėse, norint ligonius pritraukti į klinikas. Separatės buvo apmokamos brangiai (po 15—20 zlotų dienai).

C. Miesto savivaldybės ligoninės.

Visų turtingiausias mediciniškų įstaigų, aptarnaujančių Vilniaus gyventojus, savininkas yra miesto savivaldybė. Pastarajai dar vokiečių okupacijos metu atiteko šitas turtas iš „Prikaza Obščestvennavo Prizrienija", Vidaus reikalų ministerijos skyriaus, subsidijavusio rusų laikais visuomenines ir labdaringai socialines įstaigas. Tuomet perėjo miesto žinion 3 ligoninės: Šv. Jokūbo, Savič'o ir žydų, o vėliau ir Apkrečiamųjų ligų ligoninė, pastatyta vokiečių okupacijos metu Vilniaus priemiestyje Žvėryne. Be paskutinės, visos pirmosios 3 ligoninės yra pasenėjusios, moderniškų ligoninių tipo neatitinka, nes yra įsteigtos arba buvusių vienuolynų rūmuose, arba ankštai gyvenamose vietose. Daliniais, dar nebaigtais del pereinamojo laiko, remontais mėginta šitos ligoninės priartinti prie naujausių mokslo reikalavimų, ir dar ilgai reikės jos lopyti, norint pasiekti lygmę, kurioje turi būti naujausiojo tipo ligoninė.

1. Šv. Jokūbo ligoninė. Šv. Jokūbo ligoninė — visų didžiausia ir populiariausia; ji užima didelį plotą ant Nėries kranto, šalia Šv. Jokūbo bažnyčios, prisiglausdama prie buv. apygardinės felčerių mokyklos, dabar akušerių mokyklos, pastato. Ją sudaro stačiakampiu išmėtytieji korpai. Joje telpa 300 lovų. Šita ligoninė turi šiuos skyrius:

chirurginį vyrams	35 l.	70 lovų	vaikų chirurginį	35 l.	65 lovos
„ moterims	35		„ vidaus	30 l.	
vidaus ir nervų vyrams	45 l.	90 lovų	akušerinį	45 l.	75 lovos
vidaus ir nervų moterims	45 l.		ginekologinį	30 l.	

Faktiškai skyriai priiminėja prireikus ir daugiau ligonių; pvz., vidaus ligų skyriuje, vietoje 45 ligonių, neretai būna 60—70 ligonių.

Vyrų skyrių pryšakyje stovi vyrai gydytojai; moterų skyriams vadovauja moterys gydytojos. Ar tai atsitiktinumas, tikrai nežinau.

Ausų ir akių skyrių iš tikrųjų nėra; tačiau šitų ligų specialistai ordinatoriai yra. Šitie ligoniai išmėtyti įvairiuose skyriuose, kas, žinoma, sudaro nepatogumų, nes šitiems ordinatoriams tenka vaikščioti per kiemą pas įvairiuose skyriuose gulinčius ligonius, apsisiautus apsiaustą ant chalato. Ausų ligų operacinė yra chirurginiame korpe. Centrinė ligoninės laboratorija yra atskirame name, prie kurio yra žvėrynas gyvulėliams (biologinis skyrius). Jai vadovauja gydytojas bakteriologas. Prozektoriumas yra, bet prozektoriaus miesto etatuose nėra. Ad hoc kviečiamas Un-to teismo medicinos katedros atstovas. Todėl mokslinių skrodimų skaičius per metus siekia iš viso tik 33.

Centrinis Rentgeno kabinetas, atrodytų, taip labai reikalingas tokiai didelei ligoninei, turtingai įvairiais skyriais, yra apleistas, nepaisant, kad jam vadovauja prityręs rentgenologas klinicistas. Nėra aparato švitinimams; nėra net ekrano nuotraukoms apžiūrėti; nėra elektromediciniškų diatermijos ir trumpųjų bangų aparatų. Yra tiktai rentgeno aparatas „Metalix“ Philips'o firmos ir „Bucky“ diafragma. Tokis neturtas gali būti aiškinamas bendra tendencija Vilniuje pigiai imti už gydymą ir neimti primokėjimų nei už įsikišimus, nei už operacijas, nei už rentgeno patarnavimą. O miestui užsikrauti brangiai kaštuojančių tyrimų išlaidas yra sunku; ir todėl tokia maža šito skyriaus veikla. Pvz., per metus padaryta tiktai 4.500 rentgenogramų, nors per tą laiką ligonių būta 8.737, kurių išgulėta 103.905 lig. dienos. Ambulatoriniams ligoniams, apsilankiusiems 50.340 kartų, per metus nepadaryta nei vienos rentgeno nuotraukos arba švitinimo. Ligoninės direktorius negali savarankiškai pirktis arba duoti pataisyti instrumentą, nes tam reikalui jisai neturi lėšų. Visam kam yra reikalingas miesto valdybos leidimas. Tokis valdymo neelastingumas ir iš ligonių už padaromus veiksmus lėšų nebuvimas priveda įstaigas prie apsileidimo, nes miestas neprivalo ir nepajėgia išlaikyti ligonių, besigydančių valstybinių ar visuomeninių įstaigų ar ligonių kasų sąskaiton, nekalbant jau apie privačius turtingus ligonius. O už tas sumas, kurias moka ligoniai, duoti visa, kas reikia, be nuostolio neįmanoma.

Mokestis už išlaikymą, gydymą ir vaistus imamas šis: vidaus ligų skyriuje — 4,80 zl., chirurginiame skyriuje — 5,35 zl. dienai. Čion įeina absoliučiai viskas (rentgenogramos, tyrimai, operacijos, tvarstymai ir t. t.).

Moka:

1) ligonių kasa už savo ligonius visą 100%;
2) nepasiturintieji ir bedarbiai, priimti su miesto sav-bės rašteliais, gydomi nemokamai;
3) valsčiai už savo ligonius moka 10% brangiau negu miestelėnai;
4) miesto piliečiai moka už save tiek, kiek aukščiau pažymėta;
5) už miesto tarnautojus, atsiųstus savo ligonių kasos, kur jie turi teisę „laisvai“ pasirinkti gydytoją, tiesa, iš aprėžto skaičiaus joje tarnaujančių gydytojų, moka Vilniaus miesto sav-bės ligonių kasa.

Ambulatoriniai ligoniai miesto gyventojai moka už vizitą 1 zl.

Ambulatoriniai ligoniai ne miesto gyventojai moka už vizitą 3 zlotus.

Tokios sąlygos nustatytos visoms miesto sav-bės ligoninėms (Šv. Jokūbo, Savič'o, Žydų ir Apkrečiamųjų ligų ligoninėms).

Ligoninės etatai yra šie: 1 direktorius gydytojas, 3 ordinatoriai chirurgai, 1 otorinolaringologas, 2 ordinatoriai internistai, 2 ordinatoriai

pediatrai, 1 ginekologas, 1 rentgenologas, 1 ordinatorius bakteriologas ir 1 asistentas bakteriologas, 1 ordinatorius okulistas, 1 kūdikių-naujagimių skyriaus ordinatorius.

Tie patys gydytojai nemokamai priiminėja ir ambulatorinius ligonius.

Ordinatoriai (skyrių vyresnieji gydytojai) jokių etatinių padėjėjų neturi. Kadangi be jų del darbo perkrovimo apsieiti negalima, tai išnaudojami gydytojai, turį kartais 10—16 metų ligoninės darbo stažą, kurie dirba tenai nemokamai.

Gydytojų algos apskritai visur yra žemos, negalinčios jų išlaikyti; todėl, viena vertus, yra išsivystęs tarnybų sutapimas ligoninės reikalų nenaudai, antra vertus, yra nedarbas. Pagrindinė ordinatoriaus alga = 283 zl. 80 gr., iš kurios nemaža išskaitoma (ligonių kasai, darbo pajamų mokesčiams, bedarbių fondui ir pensijų fondui). Turint galvoje, kad chirurgas yra būtinai reikalingas visą parą, tai miestas šitą reikalą yra išsprendęs tuo būdu, kad yra paskyręs už naktinį darbą tiktai chirurgams specialų priedą = 150 zl. Apskritai yra specialūs priedai prie algos už trimetį ir toliau atsižvelgiant į tarnybos laiką, bet ir šitokiais atvejais alga svyruoja tarp 170 ir 300 zl. Šitokio personalo tarpe yra gydytojų, tarnaujančių tose ligoninėse po 16—20 metų.

Etatinė gailestingoji sesuo, be išlaikymo, su butpinigiais ir triar penkmečiais gauna 140—200 zl.; slaugytoja su butpinigiais gauna 107—186 zl. Maistas gaunamas tiktai budėjimo dieną, už ką iš žemesniojo personalo išskaitoma po 75 gr. dienai. Budėti tenka kas trečia diena.

Kaip aukščiau yra pažymėta, prie ligoninės yra valstybinė akušerių mokykla, įkurta buvusios apygardinės felčerių mokyklos trobesyje, užpakalyje koridoriumi sujungta su ligonine, kur yra ir auditorija. Šita mokykla apačioje turi akušerinį skyrių, labai gerą ir naujai išremontuotą. Antrame aukšte yra ligoninės ginekologinis skyrius, kuriam vadovauja ligoninės orginatorius. Akušerių mokyklai ir akušeriniam skyriui vadovauja gydytojas, subordinuotas Vidaus reikalų ministerijai, bet ne ligoninės direktoriui. Klausytojos savo darbams naudojasi ir ginekologiniu skyriumi. Ūkio dalis ir mokyklos, t. y. akušerinio ir ginekologinio skyrių, ligonių išlaikymas yra ligoninės vadovybės rankose. Aišku, kad tokis valdymo dvejopumas yra nesveikas, ir darbo sėkmingumas pareina nuo 2 gydytojų (akušerių mokyklos direktoriaus, esančio Vidaus reikalų ministerijos žinioje, ir ligoninės ordinatoriaus ginekologo, nesubordinuoto pirmajam) gero sugyvenimo. Šita simbiozė iš karto pastebima. Pvz., apačioje ir lėšų yra skirta ir akušerijos skyrius blizga; viršuje ginekologiniame skyriuje būstinė pasenėjusi, nešvari, reikalinga remonto, o lėšų nėra. Ir vienur ir kitur guli tie patys miesto ligoniai ir mokosi tos pačios akušerės. Akušerinės mokyklos klausytojos gyvena internate, priklausančiame ligonių kasai, kuri šitą trobesį laiko. Čion jos buvo pervestos šiais metais, S.S.S.R. valdžios buvimo Vilniuje metu, nes šitas naujas trobesys ligonių kasos buvo paruoštas savo būsimoms gailestingosioms seserims ir buvo tuščias. Prieš tai akušerių bendrabutis buvo įtaisytas prie tikybinės bendruomenės Skopovkoje.

2. Miesto žydų ligoninė.

Antra pagal ligonių skaičių ir universalumą iš miesto mediciniškųjų įstaigų yra Žydų ligoninė. Ji taip pat atiteko miesto savivaldybei, likvidavus „Prikaz Obšc. Prizr.“ (Vidaus reikalų ministerijos žinioje) del įvykusio pasaulinio karo. Šita ligoninė yra miesto centre, arti geležinkelio stoties ir prekybinės miesto dalies. Pastatas reikalingas pagrindinio remonto, kurio dalis jau atlikta, bet kuris toli gražu dar nėra baigtas. Ilgiau egzistuoti taip, kaip iki šiol, tokio masto gydomoji įstaiga negali, jeigu ji nori atitikti šių laikų reikalavimus.

Operacinė, priešoperacinė ir kitos ligoninės dalys reikalingos pagrindinio remonto ir perkėlimo į kitas pastato dalis. Miestas del ne-

turto skiria lėšų ligoninei išlaikyti, turėdamas galvoje tiktai 90 lovų; o iš tikrųjų joje būdavo 120 lovų, o kartais ir 150.

Šitoje ligoninėje yra šių specialybių skyriai (pagal pasenėjusius miesto etatus): 20 chirurginių lovų, 20 internistinių lovų, 30 akušerinių lovų ir 20 vaikų ligonių lovų. Sergantieji akių ir ausų, nosies bei gerklės ligomis guldomi į laisvas lovas. Etatiniai ordinatoriai yra beveik visoms šitoms specialybėms, išeinant iš popierinių 90 lovų etatų, taip pat ir rentgenologas. Ordinatoriaus okulisto ir laboratorijos vedėjo tokios universalios įstaigos etatuose kažkodėl nėra.

Per metus stacionarinių ligonių buvo 4.000, išgulėjusių 31.680 lig. dienų. Šitas ligonių skaičius rodo žydų ligoninės darbingumą, nes ji turėjo ligonių per metus tiktai dusyk mažiau negu Šv. Jokūbo ligoninė, kurioje etatinių lovų yra 3½ kartų daugiau. Žydų ligoninei išlaikyti miestas savo sąmatoje numato 233.059 zl. (90-čiai lovų), ko paprastai nepakanka.

3. Apkrečiamųjų ligų ligoninė. Trečioji miesto savivaldybės ligoninė, skiriama apkrečiamosioms ligoms, yra priemiestyje Žvėryne. Etatinių lovų joje yra 120. Iš jų 20 rūšiuotinių, 50 ūminėms infekcijoms ir 50 atvirai tuberkuliozei. Metinė sąmata = 248.078 zl. Joje guldomi tik visi apkrečiamieji stacionariniai ligoniai, tiek suaugusieji, tiek ir vaikai. Į kitas ligonines šitie ligoniai nepriimami.

4. Savic'o ligoninė. Savič'o ligoninė yra įsikūrusi prieškarinių laikų pastate, ankščiausioje miesto dalyje, Bokšto g. Joje telpa 150 lovų; jos metinė sąmata = 269.874 zl. Šita ligoninė dabar skiriama psichiniams ligoniams (80 lovų) ir dermatovenerikams, iš kurių 10 lovų numatoma vyrams, 40 lovų — moterims ir 20 — moterims, sergančioms odos ligomis. Šitas pastatas negali pretenduoti į moderniškos ligoninės sąvoką.

D. Ligonių kasa.

Šita įstaiga, aptarnaujanti didelę dalį gyventojų, yra įsikūrusi labai moderniškame pastate, kuris tiktų nebent Š. Am. J. V-ėms. Užtatai medicinos pagalbos teikimo sistema mūsų požiūriu yra toli gražu nepakankama; taip pat ir medic. darbuotųjų apmokėjimas yra nepakankamas. Šitas pastatas daug naudingiau būtų buvę skirti savai ligoninei. Jau perdaug brangi tokia reprezentacija. Valdymo ir mediciniškosios pagalbos teikimo ligoniams sistema griežtai skiriasi nuo mūsų ligonių kasos. Apie laisvą gydytojo pasirinkimą kaip pas mus, net turint galvoje mūsų aprėžtą gydytojų priėmimą į ligonių kasose tarnybą, netenka ir galvoti.

Miestas suskirstytas į 20 rajonų. Juose gydytojai internistai (vad. naminiai gydytojai) 4 valandas priiminėja kasos ligonius pas save ir 2 val. vizituoja juos namuose. Už tai gydytojas gauna atlyginimo nuo 475 iki 550 zl. mėn. + 100 zl. ambulatorijai samdytis ir nuo 50 iki 97 zl. kelpinigių (už miesto ribų). Žinoma, iš to daromi didoki išskaitymai pagal įvairius paragrafus. Šita kasos gydytojų darbo sistema vadinama „ryczald'ine", t. y. kelpinigiai ir alga fiksuoti, nepaisant mėnesinio darbo kiekio.

Be rajoninių gydytojų, ligonių kasoje dar tarnauja 22 gydytojai specialistai, k. a.: 3 ginekologai, 3 chirurgai, 2 neuropatologai, 2 laringologai, 2 pediatrai, 2 okulistai, 5 venerologai, 2 rentgenologai ir 1 urologas. Iš jų 10 priiminėja ligonius centrinėje ambulatorijoje (chirurgai, rentgenologai ir, rodos, venerologai). Visi kiti gydytojai specialistai priiminėja pas save kasos ligonius iš jiems priskirtų rajonų. Pas specialistą gali patekti tiktai tokis ligonis, kurį siunčia rajoninis (naminis) gydytojas ir kuris, be to, yra praėjęs per ligonių kasos mediciniškosios dalies vir-

šininko raštinę. Šitie gydytojai specialistai gauna už darbo valandą po 100 zl.; be to, jie privalo lankyti ligonių kasos ligonius ir namuose. Už naminius lankymus gyd. specialistai gauna atlyginimą taip pat pagal ryczald'inę sistemą.

Gydytojai specialistai gauna šį atlyginimą:

Ginekologas — 200 zl. + 15 zl. tarnaitei (priiminėja pas save);
pediatras — 250—300 zl. + kelpinigius („ „ „);
laringologas — 330 zl. + kelpinigius („ „ „);
okulistas — 270—330 zl. („ „ „);
rentgenologas — 400 zl. (už 3—4 darbo valandas centre);
urologas — 150 zl. (kasdien tik 1 darbo val. (?!) pas save) + ligonių kasos instrumantai.

Pirmieji du kilometrai kelio ligonių kasos neapmokami.

Gydytis stacionariškai nuo vienos ligos ligonių kasos nariai turi teisę iš viso ligi 26 sav.

Gydytis nuo bet kurios ligos šeimos narys turi teisę iki 13 sav. per metus.

Pagijęs ligonių kasos narys pereina per komisiją, kuri nustato pagijimą.

Gydantis namie, šeima gauna pašalpą = 75% uždarbio.

Gydantis ligoninėje, šeima gauna pašalpą = 20% nuo 75% uždarbio.

Ligonių kasos surinktos pajamos žymiai mažesnės negu Kaune, nes darbo mokesnis Vilniaus krašte buvo žymiai mažesnis.

Tarnaitė, mokanti pagal žemiausią kategoriją, sumoka po 2,89 zl. mėnesiui.

Buvo, pvz., linų apdirbimo darbininkių Švenčionių apskr., gaunančių po 30 grošų už darbo dieną.

Darbininkai, uždirbdavę daugiau kaip 2 zl. per dieną mieste ir daugiau kaip 1,5 zl. provincijoje, už vizitą primoka po 20 gr. Už kiekvienus vaistus šitie asmenys primoka po 10 gr.; už patentikus — po 30 gr.

Ligonių kasa, guldydama ligonį į miesto ligonines, už kiekvieną ligonį moka, kaip aukščiau minėta, būtent: vidaus ligų skyriuje po 4,8 zl.; chirurginiame skyriuje po 5,35 zl. dienai, įskaitant čion ir išlaidas už vaistus, rentgenogramas, operacijas ir visokius veiksmus. Klinikose ligonių kasa moka dar mažiau, k. a.: 4,2 zl.; už akušerinius ligonius po 3,2 zl. dienai, įskaitant čia viską.

E. Susisiekimo ministerijos mediciniškosios įstaigos.

Geležinkeliečių ligoninė. Šita ligoninė įsteigta priemiestyje, gana toli nuo miesto, erdvame sklype. Ji užima keletą korpų. Etatinių lovų yra 270. Iš jų: chirurginių 60, akušerinių - ginekologinių 35, internistinių 70, vaikų 30, neuropatolog. 15, akių 15, ausų 15, tbc. 30. Yra sava laboratorija ir pavyzdingas rentgeno institutas.

Ligoninės personalą sudarė: direktorius, 10 ordinatorių, 4 asistentai, 2 rentgenologai, 1 laboratorijos vedėjas, 26 gail. seserys, 49 slaugytojos, be to, ūkio ir raštinės tarnautojai.

Ligoninėje 1938 m. gydėsi 4.291 ligonis (79.342 lig. dienų). Nelaimingų atsitikimų būta 79 (1.420 lig. d.). Tarp ligonių privatinės publikos buvo 271 asm. (8.773 lig. dien.). Dienos išlaikymas atsiėjo 7 zl., iš kurių 15% sumokėdavo įstodamas kiekvienas geležinkelietis tarnautojas iš savo lėšų. Į šitą sumą įeidavo visas gydymas su vaistais ir medžiaga. Ligoninė reikalinga remonto. Kai kurios jos dalys puikios. Ligoninės užimamoji vieta yra išimtinai sveika, apimdama iki 10 ha pušinio miško.

F. Žydų bendruomenės ar visuomenės mediciniškosios įstaigos.

Tenka dar suminėti 3 įvairaus tipo gydomosios įstaigos, priklausančios žydų bendruomenei ar labdaringoms visuomeninėms organizacijoms ir aptarnaujančios ligonius be tautybės skirtumo.

1. „Mišmeres Cholim“ ligoninė.

Viena iš tokių yra žydų labdaringos draugijos „Mišmeres Cholim“ ligoninė (pagal analogiją Kaune yra „Bikur Cholim“ draugijos ligoninė). Del lėšų stokos ji yra išsiskleidusi tiktai 102 lovoms. Žemės sklypas ir trobesys įsigyti dar prieš 1914 metus iš aukų. Šita ligoninė yra Kijevo gatvėje. Be stacionarinių skyrių, joje yra ir ambulatorija, o svarbiausia — sava didelė vaistinė, atleidžianti vaistus net pagal pašalinių gydytojų receptus pusdykiai (po 50 gr. už receptą).

Šitoje ligoninėje yra 69 lovos chirurginės ir internistinės ir 33 lovos vaikams.

Ji užima 2 aukštus. Joje yra 2 gydytojai internai, gauną skurdžią algą (vienas — 200 zl. + išlaikymą be kambario, antras — 75 zl. + kambarį ir išlaikymą).

1938 metais ligonių gulėta 28.000 lig. dienų.

Už stacionarinį gydymą ligonis moka 7 zl. 60 gr. dienai. Šitai — vienintelė ligoninė, kuri turi įsivedusi šiokį tokį mokesnį už veiksmus, nes kitaip negalėtų išsilaikyti. Gydytojai už ambulatoriją gauna atlyginimą, kai ligoninė turi atliekamų pinigų. Operacinė ir narkozė kaštuoja 30 zl. Operacijos ir įvairūs veiksmai kaštuoja maksimum 100 zl. Kystoskopija — 10—20 zl. Už rentgenogramą 30×40 cm. imama po 10 zl.; bet jos daromos ligoniams tiktai pagal šitos ligoninės gydytojų raštelius. Klausimą apie leidimą specialistams priiminėti ligonius šitoje ligoninėje sprendžia ligoninėje dirbančių gydytojų specialistų kolegija.

Šitos ligoninės vaistinė per metus atleidusi papigintomis kainomis 37.600 receptų.

2. Žydų bendruomenės akušerinė - ginekologinė ligoninė.

Žydų bendruomenės akušerinė - ginekologinė ligoninė yra įkurta „Žvėryno“ priemiestyje, didumu primenančiame mūsų Žaliakalnį. Šita ligoninė daro labai čiuiną, sakyčiau, puoselėjantį įspūdį. Etatinių lovų 25. Pagal etatus yra 1 gydytojas akušeris — ligoninės vedėjas. Finansinė dalis tiesiog juokinga ir neturtinga. Vieninteliam gydytojui, ligoninės vedėjui, iš ūkio sumų mokama 162 zl. mėnesinės algos. Šitos įstaigos istorija savo rūšies vienintelė. Okupacijos metu vokiečiai šitame privatiniame name buvo suorganizavę gimdymo prieglaudą, kuri buvo užėmusi du aukštu. Dabar 2-sis aukštas ištuštintas, nes nėra lėšų. Šitos ligoninės inventorių iš vokiečių nupirko žydų bendruomenė, kuri paskyrė šitai įstaigai po 100 zl. mėnesinės subsidijos tokiomis sąlygomis, kad nebūtų daroma skolų. Pasirodo, gali šiaip taip egzistuoti gydomoji įstaiga Vilniuje ir su tokia skurdžia sąmata. Susidaraąs deficitas padengiamas vyresniojo ir vidutinio personalo, nes jie tuomet nebegauna atlyginimo. Taip ir gyvuoja šita naudinga gimdymo prieglauda, priimanti ligonius be tautybės skirtumo. Ligonių skaičius per metus siekė 597 (409 akušerinių ir 188 ginekologinių). Iš šito skaičiaus 484 Vilniaus miesto gyventojos ir 113 iš provincijos. 334 buvo žydės ir 263 — krikščionės.

Mokesnis imamas šis: III klasėje — 5,50 zl. dienai; II kl. — 7,50 zl. ir I kl. — 10 zl. Už laparotomiją imama 30—50 zl.; mažos operacijos — po 10—30 zl. Vaistai duodami nemokamai. Ligonių kasa šitai ligoninei moka dienai po 4 zl. už gimdyvę ir po 4,50 zl. už ginekologinę ligonę (kitose ligoninėse imama po 4,80 zl.). Šita ligoninė gali ir turi aptarnauti miestą, kaip pavyzdinga švaros atžvilgiu prieglauda. O tatai ga-

lima sutvarkius jos finansus. Tam gali padėti ir ligonių kasa, siųsdama čion daugiau savo ligonių ir tuo būdu pagerindama ligoninės sąmatą.

3. „Oze" draugijos medic. įstaigos. Pagal analogiją su Kauno „Oze", Vilniuje yra tokia pati organizacija, vadinama tenai „Toz".

Iš žydų saugojimo sveikatos draugijos įstaigų pažymėtinos šios:

1) Tuberkuliozinė sanatorija 40-čiai lovų, esanti buv. Antakalnio vasarvietėje ir užimanti 3 aukštų pastatą. Čia gydoma atdara ir uždara tbc. Per metus būta 474 ligonių (13.276 lig. d.). Čia prireikus tbc. gydoma ir operatyviai. Būstinė erdva, įrengta privačiame samdomame trobesyje. Aprūpinta neturtingai. Personalą sudaro 3 gydytojai, gauną po 120 zl. mėn. atlyginimo be išlaikymo, ir vieno gydytojo interno, gaunančio 50 zl. algos ir išlaikymą.

2) Žydų pamestinukų prieglauda, turinti 70 lovų, užima atskirą dviaukštį medinį trobesį su dideliu žemės sklypu tame pačiame priemiestyje Antakalnyje.

3) D-ro C. Šabado, žinomo „Oze Draugijos veikėjo, vardo vaikų kolonija, esanti dar toliau to paties priemiesčio krašte. Joje vaikai pasimainydami leidžia laisvą laiką per keletą savaičių. Šitai kolonijai priklauso didelis kelių hektarų žemės sklypas.

Kovai su vėžiu institutas. Kovai su vėžiu institutas yra Polocko g. 6 nr. (Užupyje), kur nuomojasi būstinę. Jo buvimas, kaip ir daugumos Vilniaus medicinišķųjų įstaigų, nėra pagrįstas tvirta sąmata, o paliktas likimui. Jo pajamas sudaro atsitiktinės labdarių aukos ir mokesčiai už iš įvairių ligoninių atsiųstų bevilčių vėžininkų išlaikymą. Viršutiniame aukšte iš tikrųjų eina darbas, nurodytas instituto pavadinime. Reikia stebėtis energija, su kuria šito instituto pryšakyje stovintieji asmenys išgauna lėšų tokioms įstaigoms išlaikyti.

Lietuvių ligoninė. Lietuvių sanitarinės pagalbos draugijos ligoninė, skiriama 40 ligoniams, įsteigta puikioje buv. komercijos klūbo būstinėje, Mickevičiaus g-vėje (Lukiškio aikštės kampas). 3 šitos būstinės savininkai (Liet. sanitar. pagalbos draugija, Liet. labdaringa draugija ir d-ras Legeika) yra išnuomavę šitą būstinę Lietuvių ligoninei už 1200 lt. mėnesinės nuomos. Ligoninės vedėjas — d-ras Legeika, jo padėjėjas — d-ras Savickis (lenkas).

Kova su tuberkulioze. Kovai su tuberkulioze Vilniaus krašte Vilniuje yra Lenkų kovai su tbc. draugijos skyrius, kuris turi įsigijęs du judamuosius dispanserius (savo automobilinė kolona su rentgeno aparatu), su kuriais buvo važinėjama po Vilniaus kraštą ir vietoje buvo tiriami visi įtartini tuberkuliozės atžvilgiu ligoniai.

Vilniuje yra dar ir daugiau socialinio pobūdžio įstaigų, k. a.: Šv. Juozapo akių ligoninė, krikščionių pamestinukų prieglauda (įsteigta dideliame gražiame pastate), pavargėlių ir paliegėlių prieglauda ir t. t. Del laiko stokos nepavyko jų visų aplankyti.

Vilniuje yra apie 430 gydytojų (300 vyrų ir 130 moterų), jų tarpe yra 120 gydytojų žydų.

Vienas būdingas Vilniaus savotiškumas ne tiktai yra pažymėtinas, bet ir sveikintinas. Visos privatinės chemiškai - bakteriologinės laboratorijos yra jų vedėjų, gydytojų bakteriologų, rankose. Šita aplinkybė žymiai pakelia kiekvieno chemiškai bakteriologinio tyrimo lyginamąjį svorį ir pašalina visokius abejojimus, kurių pas mus, Kauno gydytojus, esama nemaža .

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Švedijoje — Harvey Cushing, garsus neurochirurgas. Pirmąją smegenų naviko operaciją darė 1901. XII. 12 d., o 1931. IV. 15 d. jau 2.000. — 2) Vienoje — prof. Anton von Eiselsberg, chirurgas. — 3) Prahoje — prof. Anton Elschnig, okulistas, 76 metų amžiaus. — 4) Gisene — prof. Hans Koeppe. — 5) Vienoje — prof. Hans Meyer, farmakologas. — 6) Bielefelde — prof. Friedrich Momburg, 69 metų amžiaus. — 7) Niujorke — prof. Neumann. Jis buvo emigravęs iš Vienos, Austrijai prisijungus prie Vokietijos. — 8) Paryžiuje — prof. A. Pettit, antipoliomyelitinio serumo atradėjas. — 9) Budapeste — prof. Karl Schaffer, 74 metų amžiaus. — 10) Lenkijoje žuvo Vienos universiteto topografinės anatomijos prof. Gustav Schmeidel.

× **Lietuvoje mirė:**

1. **Prof. med. d-ras Petras Avižonis,** didis mokslininkas, geras specialistas okulistas, žymus visuomenės veikėjas, V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto kūrėjas, buv. šito Fakulteto dėkanas ir V. D. Univ-to rektorius, geras kalbininkas, „V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto darbų" redaktorius, „Medicinos" žurnalo Redakcinės Kolegijos narys, Liet. Akių Gydytojų Draugijos pirmininkas, Kauno Medicinos Draugijos narys etc. etc., mirė 1939 m. spalių mėn. 17 d. 4 val. ryto, sulaukęs 64 metų amž.

Plačiau apie velionį ir jo veiklą bus parašyta „Medicinoje" vėliau.

1940 m. sausio mėn. antroje pusėje velionies prof. P. Avižonio veikla iškilmingai bus minima V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto tarybos, Liet. Akių Gydytojų Draugijos ir Kauno Medicinos Draugijos bendrame viešame posėdyje.

2. **D-ras Vincas Slavėnas,** chirurgas, Marijampolės privačios ligoninės savininkas ir vedėjas, mirė 1939 m. lapkričio mėn. 5 d. Marijampolėje del skilvio vėžio, sulaukęs 65 metų amž.

Plačiau apie velionį ir jo veiklą bus parašyta „Medicinoje" vėliau.

3. **D-ras Noechas Minuchinas.**

1939 m. rugsėjo mėn. 27 d. Kaune mirė d-ras Noechas Minuchinas, Telšių ligoninės vedėjas ir Telšių „Ozė" vaikų kolonijos įsteigėjas.

D-ras N. Minuchinas gimė 1884 metais Rusijoje. Aukštuosius medicinos mokslus išėjęs Šveicarijoje, velionis grįžo į Rusiją. Didžiajam pasauliniam karui prasidėjus, d-ras N. Minuchinas buvo mobilizuotas. Šitam karui pasibaigus, d-ras N. Minuchinas atvyko į Lietuvą ir praktikavo iš pradžių Luokėje (Telšių apskr.), vėliau Žąsliuose (Trakų apskr.) ir paskutinius 14 metų Telšiuose.

Čia, Telšiuose, d-ras N. Minuchinas įsigijo gero gydytojo gabaus diagnostiko vardą. Kad ir turėjo nemažą praktiką, tačiau turtų nesusikrovė. Apie naudingą ir vaisingą velionies veiklą Telšiuose liudija jo pastangomis pastatyti šiedu paminklai: moderni, gera Telšių žydų ligoninė ir gražūs „Ozė" vaikų kolonijos rūmai kaime, netoli Telšių.

4. **D-ras Steponas Lachovičius,** žinomas okulistas, seniau praktikavęs Kaune, o vėliau Ukmergėje, mirė 1939 m. lapkričio mėn. 28 d., Kaune, sulaukęs 76 metų amž.

Velionis palaidotas Ukmergėje.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diplomą yra gavę šie asmenys:** Aleksandra Andziulytė, Chaja Berkovičiūtė, Moisiejus Langmanas, Samuilas Macas, Viktorija Masiulionytė, Antanas Leonas Matečiū-

nas, Cecilija Elena Merkevičiūtė, Anelė Ona Palubinskaitė, Antanina Saladžiūtė-Kaminskienė, Emilis Stanaitis, Aldona Magdalena Statkevičiūtė-Užupienė, Gita Švalbaitė, Povilas Tamošaitis ir Vilius Vileišis.

× **Dantų gydytojo diplomą yra gavę šie asmenys:** Eugenija Regina Bogdanavičiūtė, Marija Kasakaitytė ir Halina Kovšincaitė.

× **Med. kandidato laipsnį** yra gavęs Jonas Zikaras.

× **Odontologijos kandidato laipsnį** yra gavę šie asmenys: Albina Brazytė, Liudmila Grabovskaitė, Elena Korženiauskaitė, Vladislava Kryževičiūtė, Apolonija Romeikaitė, Liucija Rudytė, Eugenija Stanevičiūtė, Konstancija Vilutytė, Marija Zelčiūtė ir Vincentina Teresė Žemaitytė.

× **V. D. Univ-to Akių klinikos globėju** išrinktas prof. J. Zubkus.

× **Akių ligų kursas skaityti ir praktiški bei kliniški klinikos darbai vesti** leista Akių klinikos vyr. asistentui gyd. V. Avižoniui.

× **„V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto darbų" redaktoriumi** išrinktas prof. Vl. Lašas.

× **„Medicinos" žurnalo Redakcinės Kolegijos nariu** nuo Medicinos Fakulteto išrinktas prof. Vl. Kuzma.

× **Iš prof. Radzvicko stipendijų fondo** ligi 1939 m. X. 1 d. išmokėta 46.850 lt., grąžinta 1.475 lt., kasoje yra 4.103,58 lt..

× **V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto asistentų reikalais:**

1. Dantų gyd. A. Matulionienė-Stonkaitė išrinkta odontologijos techniku trejiems metams.
2. Vidaus ligų katedros jaun. asistentas gyd. Alf. Čeičys išlaikė doktoranto egzaminus.
3. Gyd. V. Kauza, teismo katedros vyr. asistentas, atleistas iš šitos tarnybos.

× **D-ro Bl. Abraičio habilitacija.** Med. d-ro Bl. Abraičio darbas „Žmogaus odos struktūros skirtingumai kai kuriose kūno paviršiaus vietose", (įdėtas „Medicinos" 1939 m. 7—9 nr. nr.) Medicinos Fakulteto tarybos pripažintas atstojančiu habilitacinį darbą.

× **V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto praplėtimas.** Medicinos Fakulteto taryba yra nutarusi dėti pastangų įsteigti 2 vidaus ligų katedras, 2 chirurgijos katedras, farmacijos katedrą ir farmakognozijos katedrą.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Daugiausia nelaimingų atsitikimų esą del alkoholio.** Vokietijoje nelaimingų atsitikimų statistika už 1939 m. I-jį ketvirtadalį metų rodo, kad 40% nelaimingų mirtinų atsitikimų buvę del apsvaigimo alkoholiu: kas trys mėnesiai maždaug po 1.000 žmonių. („M. m. W." 1939 m. 46 nr.).

× **Vokietija Europoje gyventojų skaičiumi užima antrąją vietą.** 1939. V. Europos Rusijoje buvo 135 milijonai gyventojų, Vokietijoje 90 milijonų, Didžiojoje Britanijoje su Irlandija 47, Italijoje 44, Prancūzijoje 42. („M. m. W." 1939 m. 41 nr.).

× **„Die Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene"** jau eina 50-sius metus. („M. m. W." 1939 m. 41 nr.).

× **200 daltonikų.** Jutlandijos šiaurėje yra Limfjorde sala, kurios visi 200 gyventojų yra visai akli spalvoms. („M. m. W." 1939 m. 42 nr.).

× **Stiklinis žmogus** Vokietijos higienos muziejuje dabar jau taip patobulintas, kad jau gali kalbėti bulgariškai, rumuniškai, olandiškai, graikiškai, itališkai, turkiškai, prancūziškai ir kt. kalbomis. („M. m. W." 1939 m. 43 nr.).

× **Prancūzijos mediciniški žurnalai žymiai suplonėjo,** be to, jie išeina perpus rečiau. Anglijoje mediciniški žurnalai taip pat suplonėjo, tik jų išėjimas nesuretėjo. („M. m. W." 1939 m. 44 nr.).

× **Prof. L. Šabad'o bandymai su kancerogeninėmis substancijomis.** Jau seniai buvę spėjama, kad žmogaus organizmas gamináąs substancijas, kurios sužadindavusios piktybinius auglius. Tat pavykę patvirtinti prof. L. Šabad'ui, Maskvos eksperimentinės medicinos instituto vedėjui. Prof. L. Šabad'as, paėmęs nuo karcinomos žuvusio žmogaus kepenis, nepaisant, ar jos pačios buvo paliestos vėžio ar tasai vėžys buvo kituose organuose, susmulkinęs jas ir ilgam užpylęs ant jų benzolio. Tuo būdu gautosios benzolinės ištraukos buvę išvirkšta po oda pelėms. Praėjus 7—9 mėnesiams, 57% pelių susirgę piktybiniais ar gerybiniais augliais.

× **Sveikatos Departamento veikla plečiasi ir gyvėja.** Be d-ro Alf. Šidlausko, anksčiau pakviesto darbuotis Sveik. Departamente, ypačiai tvarkant sveikatos punktų darbą, šių metų rudenį pritraukti dar 2 gydytojai specialistai: 1) d-ras V. Juškys, Karo ligoninės Odos ir vener. ligų skyriaus vyr. ordinatorius, kuriam pavestos antraeilės pareigos tvarkyti kovą su venerinėmis ligomis, ir 2) d-ras J. Runkevičius, d-ro K. Griniaus vardo sanatorijos vedėjas, kuriam pavestos antraeilės pareigos tvarkyti kovą su tuberkulioze.

× **Prof. P. Avižonio stipendijų fondas.** Velioniui prof. Petrui Avižoniui pagerbti ir jo vardui įamžinti, šeimos iniciatyva, vykdant jo paties nekartą pareikštą mintį, steigiamas prof. Petro Avižonio vardo stipendijų fondas neturtingiems V. D. Univ-to studentams medikams šelpti. Pritardami šitai minčiai, velionies artimieji giminės vietoje vainiko nutarė prisidėti prie to fondo steigimo, ir paaukojo: velionies žmona Zofija Avižonienė — 1.000 litų, sūnus inž. J. Avižonis su žmona — 2.000 litų, sūnus dr. V. Avižonis — 2.000 litų, duktė Birutė ir Aleksandras Blaževičiai — 1.500 litų, E. Pūtvienė su dukterimi D. ir S. Pūtviai, V. ir B. Kodaičiai, O. ir V. Tercijonai ir E. ir V. Pūtviai — po 100 litų, M. ir A. Povyliai, S. ir A. Graurogkai, O. ir F. Bugailiškiai, E. Jasiukaitienė ir M. ir A. Žmuidzinavičiai — po 50 litų ir Z. ir A. Mantautai — 25 litus.

× **Lietuvos Raudonajam Kryžiui pavesta perimti Valst. Vilniaus ligoninės ir visas Vilniaus Univ-to klinikas.**

× **Nobelio fiziologijos ir medicinos premija 1939 metų** skirta vokiečių prof. Gerhardui Domagk'ui už jo darbus chemoterapijos srityje. Jisai yra atradęs sulfanilamid'ą, paprastai vadinamą prontosil'iu, kuris gerai veikia įvairias infekcines ligas.

Nobelio fiziologijos ir medicinos premija 1938 metų skirta belgų Gento prof. Korneliui Heymans'ui.

× **Rygoje atidaryta vaikų defektyviai kalbai taisyti ambulatorija.** Būsią suregistruoti visi su defektyvia kalba vaikai iki 14 metų amžiaus, o paskui grupėmis būsią gydomi.

APSKRIČIŲ IR SVEIKATOS PUNKTŲ GYDYTOJŲ SUVAŽIAVIMAS.

1940 m. sausio mėn. 26 ir 27 d. d. Kaune šaukiamo apskričių ir sveikatos punktų gydytojų suvažiavimo

darbų tvarka:

I. Sausio mėn. 26 d. (penktadienis):

1. (9 val. 40 min.). Suvažiavimo dalyvių registracija.
2. (10 val.). Suvažiavimo pradėjimas. Susirinkimą skelbia prasidėjus Sveikatos Departamento direktorius.
3. Vidaus Reikalų Ministro žodis.
4. Suvažiavimo prezidiumo, sekretoriato ir rezoliucijų komisijos sudarymas.

5. (10 val. 30 min.). Dr. A. Šidlauskas (praneš.): Sveikatos punktų organizacija Lietuvoje.
6. (11 val.). Dr. K. Grinius (praneš.): Kova su džiova Lietuvoje.
7. (11 val. 30 min.). Dr. V. Juškys (praneš.): Venerinių ligų gydymas sveikatos punktų sąlygomis (praktiški nurodymai).
8. 12 val.). Diskusijos d-ro A. Šidlausko, d-ro K. Griniaus ir d-ro V. Juškio pranešimų temomis.

(13—15 val.). Pietų pertrauka.

9. (15 val.). Dr. J. Marcinkus (praneš.): Trachomos pažinimas ir gydymas sveikatos punktų sąlygomis (praktiški nurodymai).
10. (15 val. 30 min). Dr. J. Runkevičius (praneš.): Kova su džiova sveikatos punktų apystovomis (praktiški nurodymai).
11. (16 val.). Dr. V. Kviklys (praneš.): Pradžios mokyklų ir mokinių sanitarinė priežiūra.
12. (16 val. 30 min.). Diskusijos d-ro J. Marcinkaus, d-ro J. Runkevičiaus ir d-ro V. Kviklio pranešimų temomis.
13. (17 val.). Lankymas (grupėmis): Kauno m. sav-bės odos ir veneros ligų ambulatorijos (Kaunas, Vytauto pr. 6a), Karo ligoninės odos ir veneros ligų skyr., Kauno m. sav-bės plaučių ligoniams globoti centro (Kaunas, K. Petrausko g-vė 16), Ligonių kasų dispanserio (Kaunas, Mickevičiaus-Miškų g-vės kamp. 2/19).
14. (21 val.). Bendra vakarienė.

II. Sausio mėn. 27 d. (šeštadienis).

15. (7 val. 30 min.) Lankymas V. D. Un-to akių ligų klinikos (trachomos gydymas) (Laisvės al. 7), Savivaldybės centrinės ambulatorijos (K. Petrausko g-vė 16), Karo ligoninės akių skyriaus (Vytauto prosp. 35a).
16. (10 val.). Dr. Alf. Šidlauskas (praneš.): Kaimo sveikatos reikalams rūpinti taisyklių pakeitimas.
17. (10 val. 30 min. Diskusijos.
18. (11 val. 30 min.). Dr. V. Kviklys (praneš.): Sanitarinis švietimas kaimo apystovomis (parazitai, vanduo, maistas, išvietės, limpamosios ligos).
19. (12 val.). Apskričių savivaldybių atstovų pageidavimai.
20. Diskusijos apskričių sav-bių atstovų iškeltais klausimais.

(13—15 val.). Pietų pertrauka.

21. (15 val.). Apskričių gydytojų pastabos del sveikatos punktų veikimo.
22. (16 val.). Sveikatos punktų gydytojų paklausimai, pranešimai, sumanymai.
23. Rezoliucijų priėmimas.
24. (18 val.). Suvažiavimo baigimas.

Pastabos.

1. Į suvažiavimą kviečiami ir savivaldybių atstovai.
2. Suvažiavimo dalyviamas apmokami kelpinigiai ir dienpinigiai šiomis normomis:
   a) apskričių gydytojams ir savivaldybių atstovams — bendra tvarka;
   b) sveikatos punktų gydytojams — iš kaimo gyventojų sveikatos reikalams skirtų kreditų, pagal XI tarn. kategorijos normas.
3. Apskričių ir sveikatos punktų gydytojams, dalyvavusiems suvažiavime 1939 m. birželio mėn. 9 ir 10 d. d. Šiauliuose, šitame suvažiavime dalyvavimas neprivalomas.

VISIEMS LIETUVOS MED. GYDYTOJAMS.

(Aplinkraštis).

Lietuvos Gydytojų Draugijų Sąjungos Valdyba, apsvarsčiusi 1939 m. lapkričio mėn. 18 d. posėdyje Vyriausiojo Vilniaus kraštui remti komiteto raštą, kuriame Sąjungos Valdyba prašoma organizuoti gydytojų tarpe aukų rinkimą, nutarė, kad visi Lietuvos med. gydytojai turėtų prisidėti savo aukomis prie šito kilnaus tikslo ir tuo būdu palengvinti materialinę padėtį mūsų atvaduotame Vilniaus krašte. Valdybos manymu, kiekvienas bet kurios Lietuvos gydytojų organizacijos narys turėtų aukoti aukščiau minėtam tikslui 5% savo vieno mėnesio brutto algos ar vieno mėnesio bendrų pajamų.

Aukas prašome siųsti Lietuvos Gydytojų Draugijų Sąjungos Valdybos iždininkui d-rui J. Nemeikšai, Kaunas, Putvinskio g-vė 44 nr., butas 2. *Liet. Gyd. Draugijų Sąjungos Valdyba.*

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi gydytojai:**

1. Mažeikių apskr. sav-bės ligoninei nuo 1939 m. lapkričio mėn. 15 d. reikalingas **gydytojas stažistas.** Su prašymu ir curriculum vitae kreiptis į ligoninės vedėją.

2. Ukmergės apskr. sav-bei skubiai reikalingas **gydytojas — dispanserio vedėjas** Ukmergėje, be to, apylinkių sveikatos punktams **trys gydytojai.** Kreiptis į apskrities valdybos pirmininką Ukmergėje, Kauno g. 31 nr., tel. 186.

× **Prie Liet. Gydytojų Draugijų Sąjungos** yra prisidėjusios Lietuvos Chirurgų Draugija ir Lietuvos Dermatovenerologų Draugija.

× **Vilniaus krašto med. gydytojai pareigūnai:**

1. D-ras Ant. Jurgelionis paskirtas **Vilniaus miesto ir apskrities sveikatos reikalų inspektorium.** Be to, jisai laikinai eina ir Vilniaus krašto Sveikatos Departamento įgaliotinio pareigas.

2. D-ras Juozas Ūsas paskirtas **Vilniaus miesto savivaldybės sveikatos skyriaus reikalų vedėju.**

3. D-ras Jonas Jusionis paskirtas **Vilniaus apskrities gydytoju.**

4. D-ras Stasys Bielinis paskirtas **Valkininko apskr. gydytoju** (buveinė Varėnoje II).

5. D-ras Steponas Narkavičius paskirtas **Švenčionėlių apskr. gydytoju.**

6. D-ras Ant. Smalstys, buv. Valst. Psichiatrinės ligoninės S. Kalvarijoje ordinatorius ir buv. Klaipėdos psichiatrinės ligoninės vedėjas, paskirtas **Vilniaus psichiatrinės ligoninės vedėju.**

7. D-ras V. Baronas, buv. V. D. Univ-to Akušerijos-ginekologijos klinikos vyr. asistentas, paskirtas **Vilniaus Valst. Akušerių mokyklos vedėju.**

× **Sveikatos punktai Vilniaus krašte.**

Švenčionėlių apskrityje sveikatos punktai numatyti šiose vietose: Dukšte, Ignalinė, Kaltinėnuose, Švenčionėliuose ir Pabradėje.

Valkininko apskrityje sveikatos punktai numatyti šiose vietose: Jašūnuose, Varėnoje II, Valkininke ir Rudiškėse.

× **Naujas Kauno mieste praktikuojančių med. gydytojų sąrašas,** kuris iškabinamas visose Kauno vaistinėse ir vaistų sandėliuose, taip pat viešose ambulatorijose, bus išleistas 1940 m. sausio mėn.

× **Lietuvos medicinos gydytojai tautybėmis.**

Eilės Nr.	Tautybės	1939 m. spalių 1 d. buvo		1927 m. buvo		Per 12-ką metų prisidėjo		1938 m. prisidėjo		1939 m. prisidėjo	
		skaičius	%	skaičius	%	skaičius	%	skaičius	%	skaičius	%
1	Lietuvių . .	480	52,8	244	53,8	232	51,5	41	66,1	34	49,2
2	Žydų . . .	385	42,1	171	36,7	214	47,5	21		32	
3	Rusų . . .	16		15		1		—		1	
4	Lenkų . .	16		17		1		1	34,9	1	50,8
5	Vokiečių .	11	5,5	12	10,0	1	1,0	—		—	
6	Gudų . .	3		1		2		—		1	
7	Ukrainiečių	1		1		—		—	—	—	
8	Gruzinų . .	1		—		1		—	—	—	
	Iš viso .	915	—	465	—	450	—	63	—	69	—

× **Naujas Karo ligoninės viršininkas plk. gyd. L. Janulionis** Prof. d-rui K. Oželiui iš Karo ligoninės viršininko pareigų pasitraukus, šitos ligoninės viršininku paskirtas plk. gyd. Linas Janulionis, gimęs 1887 metais Berniūnų kaime, Dusetų valsčiaus, Zarasų apskr.

Vidurinį mokslą plk. Janulionis išėjo Šiaulių gimnazijoje. Aukštąjį mokslą jis ėjo Petrapilyje, dabartiniame Leningrade. Ten jis vietos universitete baigė gamtos fakultetą ir paskum karo medicinos akademiją.

Užėjęs pasaulinis karas plk. Janulionį įtraukė į savo sūkurį ir jam pasibaigus liko jis Kaukazo fronte. Grįžęs į Lietuvą, plk. Janilionis įstojo savanoriu į mūsų kariuomenę ir porą metų dalyvavo įvairiuose frontuose. 1928 metais buvo paskirtas 1 pėstininkų pulko vyresniuoju sanitarijos karininku, vėliau dirbo lauko ligoninėje, toliau buvo 1 atskiro lazareto viršininku ir paskui perkeltas į artileriją. Nuo 1928 metų iki pat paskutinio laiko, tai yra 11 metų, plk. gyd. Janulionis buvo vyresniuoju sasanitarijos karininku Karo mokykloje.

× **Tarptautiniai gydytojų tobulinamieji kursai** prasidėję Berlyne. Juose dalyvaują keli šimtai gydytojų iš įvairių kraštų. Kursuose esą dalyvių ir iš Kinijos, Japonijos ir Irano.

× **Iš Latvijos gydytojų imamas mokestis,** gydytojų rūmų nutarimu, kas mėnuo po 1 latą už žurnalą „Arsts“ ir gydytojų sąjungos bibliotekai. Žurnalas „Arsts“ netrukus pradėsiąs eiti.

× **Maždaug trečdalis Vokietijos gydytojų tarnauja kariuomenėje.** Be to, dar ruošiamasi sumobilizuoti 1.200 gydytojų. („M. m. W.“ 1939 m. 41 nr.).

× **Prancūzijoje dabar stoka gydytojų,** dantistų ir vaistininkų. Žmonės nuolat siunčiai valdžiai delegacijas, kad senesniuosius gydytojus iš kariuomenės paleistų. („M. m. W.“ 1939 m. 44 nr.).

× **Dr. E. Ritsert,** anestezino atradėjas, šventė š. m. lapkričio mėn. 11 d. 90 metų sukaktį. („M. m. W.“ 1939 m. 45 nr.).

AKUŠERIŲ IR GAILEST. SESERŲ REIKALAIS.

× **Reikalingos septynios akušerės** Ukmergės apskr. sav-bei sveikatos punktams. Kreiptis į Ukmergės apskr. v-bos pirmininką Ukmergėje, Kauno g. 31 nr., tel. 186.

× **Liet. Gailest. seserų sąjungos visuotinis metinis narių susirinkimas šaukiamas 1939 m. XII. 10 d. 13 val.** Kaune, Raud. Kryžiaus auditorijoje.

ŠUNDAKTARIAVIMAS.

× **Pilviškių m. gyv. Katarina Milerienė užsiimdavo žmonių gydymu.** Ji užsiimdavo akušerija, imdama po 15 litų už pagelbą. Vienai moteriai net padariusi gimdos pakėlimo operaciją, po kurios moteris išsirgusi net pusę metų. Akušeriavimu užsiiminėjanti nuo 1915 metų. Neseniai teismas ją nubaudė 3 mėn. arešto sąlyginai už nelegalų žmonių gydymą.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos Departamento žinios apie limpamąsias ligas Lietuvoje 1939 m. rugsėjo mėn.:** typhus abdom. 169 (7), paratyphus 33, typhus exanth. 1, morbilli 37, scarlatina 72, pertussis 108, diphtheria 161 (2), influenza 101, dysenteria 1, erysipelas 23 (1), poliomyelitis et polioencephalitis ac. 3 (1), mening. cerebr. spin. epid. 9, tetanus 1, tuberculosis 83 (2), venerinėmis ligomis 424 (lues 77, gonorrhoea 34), varicella 11, trachoma 76, parotitis epid. 2, septicopyaemia 4 (1), scabies 3. Skliaustuliuose pažymėti mirimai.

× **Atrastas serumas prieš vėžį.** Kijevo eksperimentinės biologijos ir patologijos instituto prof. Bogomolec suradęs prieš vėžį serumą, kurį gaminąs iš arklių kraujo serumo, jiems įšvirkšdamas žmogaus lavono sumaltų kaulų smegenų ir blužnies.

× **Skiepai nuo dizenterijos.** Vokiečių mokslininkas dr. Prigge suradęs skiepus nuo dizenterijos.

× **Šiltinės epidemija Varšuvoje,** Havas'o pranešimu, prasidėjusi ir kasdien vis labiau plečiantisi.

× **Šiltinės epidemija Jugoslavijoje.** DNB žiniomis, šiltinės epidemija smarkiai pradėjusi plėstis Esseyje.

× **Visi Anglijos kareiviai** esą įskiepyti tetanus'o toksoidu. („Med. Klin." 1939 m. 41 nr.).

× **Pavartotos nuodingosios dujos.** Prof. R. Staehelin (iš Bazelio) rašo „Münch. med. Wschr." 1939 m. 45 nr. 1630 p., kad Jasloje 1939 m. rugsėjo mėn. 20 d. nustatęs tiksliai aiškų 9 vokiečių kareivių apsinuodijimą nuodingomis dujomis (iperitu), sprogus granatai.

× **Mažėja džiovos susirgimų skaičius Vokietijoje.** Prieš 50 metų iš 100.000 mirdavę džiova vyrų 34,2, moterų 28,4, o dabar — 7,8 ir 6,4. („M. m. W." 1939 m. 46 nr.).

× **Zakopanės (Tatruose) ir Krinicos kurortai paversti ligoninėmis,** kur gydomi sužeistieji kariai. („M. m. W." 1939 m. 47 nr.).

× **Naujas vaistas sulfidinas.** Chemijos-farmacijos Sergo Ordžonikidzo vardo institute patobulintas streptocidas, prijungus prie jo piridiną. Naujasis preparatas pavadintas sulfidinu. Sulfidinas labai gerai gydąs pneumonijas, gonorėją.

× **Naują chirurgišką prietaisą operacinėms žaizdoms siūti,** pasak Amerikps laikraščių, išradęs Filadelfijos chirurgas Viliam Ėdrju. Šitas prietaisas žymiai sutaupąs laiką beoperuojant ir visiškai garantuojąs maksimalų higieniškumą.

Mediciniškosios mintys.

LINKSMUMAS.

Linksmumas palaiko sielos pusiausvyrą ir kūno sveikatą. Linksmumas jaunina žmogų ir yra amžinos jaunystės paslaptis. Linksmumas ne tik padaro žmogų laimingesnį, bet ir naudingesnį. Linksmumas yra dieviški vaistai, todėl kiekvienas turėtų juose maudytis. Linksmumas padeda kančias kęsti ir kliūtis nugalėti. Linksmumas padaro žmogų laimingą, pagražina jo gyvenimo aplinkumą, sustiprina ryžtingumą, padaro žmogų veiklesnį ir gabesnį. Linksmumas pagražina veidą ir suteikia išvaizdai orumo. Tad ar nevertėtų mums pasiryžti būti linksmiems ir nešioti savyje giedrią nuotaiką net ir tada, kai aplink mus didžiausios audros siaučia. *O. Swett-Marden.*

///

Gera fiziologija yra žodžiuose: juokis ir stiprėk. Jei kiekvienas pažintų juoko galybę, kuri stiprina sveikatą ir ilgina gyvenimą, tai dingtų melancholijos šešėliai, o tūkstančiai gydytojų liktų be darbo. Juokas mums duotas, kad juo išmintingai naudotumės savo kūno reikalams. Juokas prasideda plaučiuose, išjudindamas kepenis ir pilvą, o kitus sąnarius į silpną, bet skubų judėjimą, panašų į jojimą. Juokas greitina širdies plakimą, paskubina kraujo apytaką visame kūne, greitina kvėpavimą ir didina šilimą visame kūne. Juokas sužadina akių žibėjimą, padidina prakaitavimą, paplatina krūtinę, išstumia iš plaučių sunaudotą orą ir stengiasi grąžinti pusiausvyrą, kurią vadiname sveikata ir kuri pareina nuo visų kūno judėjimų sutartinio darbo. *Talleyrand.*

///

Geriausios tautos ir žmonės yra tie, kurie yra linksmi.
J. Paul.

///

Giedras protas turi didelės reikšmės ligoniams ir silpnos sveikatos žmonėms. Ligoniams jis padeda įveikti ligą, silpnus išmoko gyventi. Todėl visada reikia stengtis turėti linksmą nuotaiką tiek, kiek leidžia sąlygos. Energija, pasireiškianti proto darbe, turi milžiniškos reikšmės visam organizmui. Proto įtaka veikia visą kūną, o linksmumas ne tik šalina skausmus, bet ir žadina gyvybės akstinus. *„Lancet".*

///

Iš visų sutvėrimų vienintelis žmogus turi sąmonį ir gali juoktis. Žmogaus laimė — prigimtoji jo teisė, o juokas yra sveikatos požymis. Nenormalūs, psichiškai nesveiki žmonės retai juokiasi. Mielai juoktis ir linksmam būti sveikam žmogui tiek pat reikalinga, kiek ir kvėpuoti. Kas niekada nesijuokia, tas yra nesveikas. Visa, kas mus pralinksmina ir teikia džiaugsmo, gaivinamai veikia mūsų kūną ir sielą.
O. Swett-Marden.

///

Kas moka palaikyti savyje giedrią nuotaiką, tas turi neįkainojamas gėrybes, nes giedri dvasia naikina visokius blausumus ir teikia jėgų gyvenimo kovoje. *W. Humbrest.*

///

Linksmumas iš visų talentų yra naudingiausias; kai visi kiti talentai turi laukti atlyginimo dienos, linksmumas tuojau atsilygina. Linksmumas yra tokia kosmetika, kuri net prasčiokėliui suteikia grožio.
G. Godrich.

///

Aš vis labiau ir labiau suprantu, kad kiekvienas žmogus turi atlikti savo darbą tik rimtai susikaupęs, o į visa kita žiūrėti tik giedrios nuotaikos akimis. *Goethe.*

XVII. *V. Burba*: Apie ūminio cholecistito ankstybą operavimą ir apie biliarinį peritonitą 865
XVIII. *K. Pautienis*: Chirurgiškas ir medikamentinis III-iojo laipsnio nudegimų gydymas 869
XIX. *L. Feldšteinas*: Odos nudegimų gydymas Davidson'o būdu 875
XX. *V. Paprockas*: Gangraena spontanea 882
XXI. *St. Stonkus*: Pora pastabų del pūlinio pleurito gydymo 890
XXII. *K. Pautienis*: Pleuros empyemos gydymas nerezekavus šonkaulio 895

L. Goldšteinas: Mažoji diferencinė diagnostika. X. Peumothorax 898
P. Avižonis, prof.: V. D. Univ-to Akių klinikos 1938 metų apyskaita 903

Referatai (Vidaus ligos, vaikų ligos, urologija, akušerija ir ginekologija, odos ir veneros ligos, otorinolaringologija, stomatologija ir dentiatrija) 909
Klinikos ir praktikos patyrimai. 918

V. Kviklys: Keletas pastabų 1938—1939 mokslo metų pradžios mokyklų sanitarinių apžiūrų apyskaitą suvedus . 921

T. Goldbergas: Vilniaus medicinišķųjų įstaigų apžvalga . 925
Kronika. 935

XVII. *V. Burba*: Sur l'opération précoce de la cholécistytite aigüe et sur la péritonite biliaire.
XVIII. *K. Pautienis*: Traitement chirurgical et médicamenteux des combustions du III-ième dégré
XIX. *L. Feldšteinas*: Traitement des brûlures de la peau d'après la méthode de Davidson.
XX. *V. Paprockas*: Gangrène spontanée.
XXI. *St. Stonkus*: Quelques remarques sur le traitement de la pleurite purulente.
XXII. *K. Pautienis*: Traitement de l'empyème pleurale sans résection costale.

L. Goldšteinas: Un peu de diagnostic différentiel. X. Pneumothorax.
P. Avižonis, prof.: Compte rendu de l'activité de la clinique ophtalmologique de l'Université de Vytautas le Grand pour l'année 1938.
Revue analytique (Pathologie interne, maladies des enfants, urologie, accouchement et gynécologie, dermatologie et vénéréologie, otorhinolaryngologie, stomatologie et dentiatrie).
Notes thérapeutiques, cliniques et pratiques.
V. Kviklys: Quelques remarques concernant les données statistiques fournies par l'inspection sanitaire des écoles primaires de l'année scolaire 1938-1939.
T. Goldbergas: Aperçu des institutions médicales de Vilnius.
Chronique.

Gerb. Medicinos ėmėjai.

Per paskutinius du mėnesius „Medicinos" prenumeratos mokėjimas kiek pagyvėjo. Bet vis delto dar nėra sumokėta daugiau kaip trečdalio šiometinės prenumeratos. Tie „Medicinos" ėmejai, kurie iki šiol dar nėra sumokėję 1939 m. prenumeratos, matyti, laukia atsiunčiant šiemetinės prenumeratos kvitus išperkamosiomis perlaidomis.

Šitų kvitų išsiuntinėjimas prasidės š. mt. gruodžio mėn. 19 d. Jų išpirkimas yra būtinas.

Išpirkusiųjų, taip pat ir kvitus išpirkti atsisakusiųjų pavardės bus skelbiamos „Medicinoje".

„Medicinos" Redakcija-Administracija

D-ro M. Blocho

AKUŠERINĖ—GINEKOLOGINĖ

PRIVATI LIGONINĖ 20-čiai LOVŲ

Ligoninėje yra atskiri ir bendri kambariai

VILNIUS, Teatro g-vė 3 Nr. Telef. 7-85

Adeol

Ger-Ma-Po

Sudėtis: *A- ir D- vitaminai alyvos tirpinyje. 1 ccm tirpinio turi 6.000 A-vitamino biologinių vienetų ir 5.000 D-vitamino biolog. vienetų*

Indikacijos: Rachitis, xerophtalmia, scrofulosis, status thymico-lymphaticus.

Veikimo būdas: Gerina kalkių apykaitą, skatina augimą.

Dozavimas ir vartojimas: Suaugusiems: 3 kartus per dieną po 10-12 lašų 4-6 savaites, po to 10 dienų pertrauka.

Vaikams: 2-3 kartus per dieną po 1-3 lašus.

Įpokavimas: Buteliukuose yra po 10 gr.

Detali kaina: Flakonas 2,80 lt.

Pastaba: Laikyti vėsioje ir tamsioje vietoje. Po kiekvieno vartojimo gerai užkimšti.

Akc. B-vės „Varpas“ spaustuvė. Kaunas, Gedimino 38.